



*Издание осуществлено в рамках
программы "Пушкин" при
поддержке Министерства
иностранных дел Франции
и Посольства Франции в России.*

---

*Ouvrage réalisé dans le cadre du
programme d'aide à la publication
Pouchkine avec le soutien du Ministère
des Affaires Etrangres français et de
l'Ambassade de France en Russie.*

Joyce McDougall

THÉÂTRES DU CORPS

Le psychosoma en psychanalise

GALLIMARD

Джойс Макдугалл

ТЕАТРЫ ТЕЛА

Психоаналитический подход к лечению психосоматических расстройств

Под редакцией А.В. Россохина

Москва
Когито-Центр
2017

УДК 159.9
ББК 88
М 15

Перевод с французского
А.В. Россохин,
А. Н. Багрянцева

М 15 **Макдугалл Джойс.** Театры тела: Психоаналитический подход к лечению психосоматических расстройств / Пер. с франц.— М.: «Когито-Центр», 2017.— 215 с. (Библиотека психоанализа)

УДК 159.9.
ББК 88

Джойс Макдугалл является признанным авторитетом в психоаналитическом сообществе. Книга «Театры тела» издается на русском языке впервые, она посвящена психоаналитическому осмыслению психосоматического феномена. Автор рассказывает о людях, которые реагируют на психологический стресс психосоматическими проявлениями, а также о психосоматическом потенциале, который есть в каждом человеке. Высокий профессионализм, богатый клинический опыт и широта теоретических взглядов, характерные для автора этой книги, проявились и в данной работе.

В оформлении обложки данной книги использован рисунок первого российского психоаналитика И.Д. Ермакова

ISBN 2-07-071745-3 (фр.)
ISBN 5-89353-193-0 (рус.)

Содержание

Предисловие научного редактора

Джойс Макдугалл — имя одного из наиболее выдающихся и уважаемых психоаналитических мыслителей и клиницистов нашего времени. Поражающая воображение глубина понимания человеческой души, способность, растворяясь в общей с пациентом Химере Бессознательного, погружаться в его внутренний мир и вновь выходить на поверхность «первичного океана» уже вместе с зарождающимся новым Я спутника по аналитическому путешествию — контур образа Джойс Макдугалл как психоаналитика, достигшего высот профессионального мастерства и зрелости. Читатель, встречавшийся с многочисленными ссылками на творчество Джойс Макдугалл в современной психоаналитической литературе, но впервые открывший ее книгу, обязательно испытает нечто подобное шоку: он встретится не только с мудрым и нейтральным Учителем, но и со страстной и живой Женщиной, доброй, понимающей и принимающей Матерью, и с открым всем фантазиям мира маленьким Ребенком, умеющим радоваться и наслаждаться жизнью и заражающим этим всех, кому посчастливится с ним общаться.

Три года супервизорской работы с Джойс Макдугалл не только помогли моему рождению как психоаналитика, но и были годами общения с Человеком, обладающим огромной душой. Иногда было непонятно, как она может разделять с пациентами их психологические и телесные страдания, оставаясь при этом открытой, любящей и эмоциональной. Секрет Джойс Макдугалл кроется в ее способности получать удовольствие — удовольствие от жизни, от общения с семьей и друзьями и, конечно, от любимой работы. Именно это удовольствие и помогает ей продолжать чувствовать себя живой в терапевтических отношениях с тяжелобольными психосоматическими пациентами, парализующими мыслительную и эмоциональную активность аналитика.

«Мать должна соблазнить своего ребенка жить» — считает Джойс Макдугалл, и эта парадоксальная фраза означает, что призвание матери состоит в том, чтобы заразить ребенка своей жаждой жизни, своей любовью, научить его получать удовольствие от жизни, помочь ему обрести собственные силы и передать ему умение заботиться о себе самому. Что-то должно заставить ребенка хотеть жить дальше. Искра жизни не будет теплиться сама по себе. Кто-то должен постоянно раздувать пламя. Именно это и имеет в виду Джойс Макдугалл, когда говорит о соблазнении жить. Соблазняя своих пациентов жить, а не выживать, она дает им возможность ощутить свою материнскую любовь и одновременно играет в их психическом театре роль отделяющего от матери и открывающего новые горизонты Отца.

С годами острый аналитический ум Джойс Макдугалл становится еще более отточенным, а чувства и фантазии еще богаче. Она продолжает «сумасшедшую», с точки зрения обывателя, жизнь «full-time» аналитика, все рабочее время которого занято встречами с пациентами и супервизией коллег-психоаналитиков. Иногда мне приходит в голову, что само влечение к жизни выбрало ее в качестве одной из своих репрезентаций в этом мире. Или, точнее, она выбрала его как свою главную жизненную и творческую силу.

А.В. Россохин

Моему мужу Сиднею с любовью

Предисловие к русскому изданию

С огромным удовольствием я узнала от моего друга и коллеги Андрея Россохина, что в русском издательстве «Когито-Центр» готовится перевод моей книги «Театры тела».

Я часто вспоминаю, как была взволнована, когда в ходе французско-русского психоаналитического симпозиума в Москве около двух лет назад я впервые держала в своих руках две другие мои книги, изданные на русском языке: «Тысячеликий Эрос» и «Театр души». То, что сейчас книга «Театры тела» присоединяется к тем двум, — очень приятная для меня новость.

Джойс Макдугалл
25.02.06

Введение

ПСИХОСОМАТИКА И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЕ ПРИКЛЮЧЕНИЕ

Почему я выбрала «Театры тела» в качестве заглавия? Уже во время работы над книгой «Театры Я» (McDougall, 1982a), как это часто бывает, я поняла, что у меня уже родился замысел новой. Выбирая театр в качестве метафоры психической реальности, я, вероятно, пошла по стопам Анны О., которая в конце XIX в. описывала свои свободные ассоциации во время терапии с Брейером как свой «личный театр» (Breuer and Freud, 1893–1895). Одной из трудных задач, с которой я тогда столкнулась, было понимание скрытого значения сложных психических сценариев, которые приводят к сексуальным отклонениям (McDougall, 1964). Уже тогда я обнаружила, что внутренние «театральные тексты», хотя и написанные в раннем детстве, оказывают последующее влияние на взрослую психику, порождая различные невротические и психосоматические заболевания. Я также наблюдала у тех своих пациентов, которые не были ни невротическими, ни психотическими, ни сексуально девиантными другое, едва заметное проявление того, что я назвала «псевдонормальностью»; это дало материал для книги «Речь в защиту некоторой анормальности», которая была опубликована в 1978 г. Позднее, когда я приступила к работе над «Театрами Я», я уже

понимала, насколько важно выделять те области, в которых психические Я разворачивают свои скрытые драмы в соответствии с их сценариями, с участием различных действующих лиц, что и составляет психический репертуар. Работая с «невротическим», «психотическим», «переходным» и «нарциссическим» театрами, я обнаружила, что имею дело также с таким театром, который я предварительно назвала «психосоматикой на психоаналитической сцене». Данная область оказалась слишком объемной и явно выходила за рамки работы «Театры Я». На самом деле, ей можно было посвятить целую книгу, и теперь уже ясно, что название «Театры тела» родилось у меня задолго до того, как я приступила к работе над этой книгой.

Таким образом, сегодня я готова представить вашему вниманию более полную картину о «театрах» тела, делая акцент на понимании и исследовании психосоматического феномена в психоаналитическом сеттинге. Раньше я считала, что в психосоматических состояниях тело реагирует на психологическую опасность так же, как если бы эта опасность носила физиологический характер. Я также была уверена в том, что можно провести четкую грань между психикой и телом, объясняя это тем, что такие пациенты не осознавали свои эмоциональные состояния в ситуациях, представляющих для них угрозу. Занавес на психической сцене был плотно закрыт, ни один звук не прорывался наружу, и все же в этом неведомом театре разыгрывалась некая драма, которая таила в себе угрозу самой жизни владельцу этого театра.

Рассмотрим следующую ситуацию. После нескольких лет казавшейся успешной трудной работы с пациентом, страдающим алкоголизмом, я завершила анализ. Его творческая деятельность принесла ему всемирную известность, и слава его неуклонно росла. Что же может быть лучшим подтверждением успешно проведенного психоанализа? Однажды много лет спустя он снова пришел ко мне для того, чтобы сказать, что умирает. Он умирал от рака горла, чьи ранние симптомы мы не смогли обнаружить в театрах его психики. Занавес был закрыт, слова приглушены, и поэтому предупреждение не было услышано. Если бы только оно могло быть услышано раньше, это могло бы спасти ему жизнь!

Все мы когда-нибудь сталкивались с подобными таинственными драмами, которые разыгрываются в «психических театрах» наших пациентов. И действительно, зачастую, едва осознавая и испытывая при этом тревогу, мы можем наблюдать их не только у наших пациентов, с которыми проводится анализ, но также и у коллег, друзей или членов семьи.

Таким образом, в данной книге речь будет идти не только о тех людях, которые реагируют на психологический стресс психосоматическими проявлениями, но также и о психосоматическом потенциале или о том, что есть в каждом из нас. Все мы склонны к соматизации в те моменты, когда внутренние или внешние обстоятельства оказываются настолько тяжелыми, что мы не в состоянии справиться с такого рода проблемами, применяя привычные для себя психологические способы защиты. Довольно часто можно наблюдать, что определенные психосоматические процессы, а также повторяющаяся тенденция уходить в болезнь на физическом уровне исчезают как неожиданный побочный эффект психоаналитического лечения, иногда даже без специального исследования скрытого значения такого заболевания в психической экономике.

Тем не менее следует отметить, что аналитики, как правило, не начинают терапию только на основании жалоб психосоматического характера. Несмотря на то, что подобные жалобы могут также указывать на какую-то психологическую проблему, даже в этих случаях психоанализ не всегда показан. В психоаналитическое путешествие отправляются только с теми, кто действительно хочет исследовать непознанные континенты своей психики. Те, кто решается пуститься в подобное путешествие, поступают так в надежде, что открытия, сделанные ими, позволят им извлечь пользу для жизни, научат выдерживать бури и разочарования, с которыми каждый из нас неизбежно сталкивается. Как и в любом путешествии, прежде чем отправляться в путь, следует составить план и обсудить его с тем, кто пойдет вместе с вами. Необходимо решить, насколько психоанализ будет адекватен в данной ситуации. Ведь иногда те, кто отправляется в дорогу, выбирают неверный путь.

Начало путешествия

Давайте послушаем г-на З., который на протяжении многих лет (сколько он себя помнит) страдал от трудноизлечимой бессонницы, для которой не было найдено никаких медицинских причин. Традиционный аналитик может предположить, что бессонница такого рода указывает, что пациент, даже будучи крайне изможденным, боится засыпать, боится тех снов, которые ему могут присниться, боится оставить свой контроль дня и внешнего мира. Далее аналитик может предположить, что скрытые причины этих страхов можно будет выявить в процессе анализа. Психиатр же, со своей стороны, может предложить эффективное снотворное, которое будет гарантировать г-ну З. пять или шесть часов хорошего сна и ощущение, что он готов встретиться с новым днем. В зависимости от своих личностных особенностей г-н З. может сказать аналитику: «Меня не волнует *причина* моей бессонницы; все, что я хочу,— это избавиться от нее!»— или психиатру: «У меня нет ни малейшего желания всю жизнь принимать лекарства для того, чтобы заснуть, я хочу понять, *почему* я просто не могу заснуть, как другие люди!» Очевидно, существует определенный риск того, что если на истинную природу просьбы г-на З. не будет обращено должного внимания, он может начать такое лечение, в котором впоследствии — возможно, даже через несколько лет — усомнится или о котором будет сожалеть.

Очевидно, что в сценарии г-на З. есть два различных типа просьбы о помощи. Консультирующему психиатру, который проводит лечение лекарственными препаратами, или консультирующему психоаналитику, который опирается на аналитический метод в лечении, необходимо выяснить, что именно ищет *пациент*. Психиатр рассчитывает на то, что правильно подобранные медикаменты позволят стабилизировать состояние пациента, в то время как психоаналитик считает, что по мере того, как пациент начнет лучше узнавать и понимать себя, у него снизится вероятность повторения симптомов, и он будет способен к более эффективному и творческому использованию психической энергии.

Поскольку сами аналитики считают, что психоанализ не обязательно является предпочтительным методом лечения для всех психологических или психосоматических нарушений, на этот вопрос о выборе метода лечения следует обращать особое внимание.

Что же представляет собой «психоаналитическое» обращение за помощью?

Как оценивать просьбу о предоставлении психоаналитического лечения? Поскольку подразумевается, что уже в ходе первичного интервью аналитик должен понять, какого рода помощь хотел бы получить потенциальный пациент, важно точно определить, что именно необходимо рассматривать. Признавая что разные аналитики придерживаются различных подходов к проведению первичных интервью, я опишу здесь свои собственные представления в отношении этого сложного вопроса. Что же я хочу узнать? Как я собираюсь получить информацию, которая мне необходима? И как я буду ее оценивать?

Я использую один и тот же подход вне зависимости от того, страдает ли пациент от психосоматических заболеваний, отмечаются ли у него невротические или психотические симптомы, связаны ли эти симптомы с особенностями характера пациента или с аддиктивными проблемами. На основании симптомов трудно судить о возможных результатах психоаналитической терапии с данным пациентом. Каждый аналитик когда-нибудь обязательно сталкивался с ситуацией, когда лечение начинается с пациентом, которому (согласно теориям и в соответствии с клиническим опытом) действительно была показана психоаналитическая работа, но через год или два выясняется, что он по-прежнему находится в том же самом состоянии, что и во время первичного интервью. На мой взгляд, имеется несколько основных условий, позволяющих принять необходимость оказания психологической помощи. И эти условия не всегда очевидны во время первичных интервью! Рассмотрим их.

1. Осознание психического страдания

Может казаться самоочевидным, что пациент страдает *психологически*; иначе зачем бы он обратился к психоаналитику? Но это условие не всегда присутствует. Вот несколько наиболее распространенных примеров.

Некоторые люди обращаются за помощью исключительно по настоянию других. Например, партнер в браке или любовник может сказать, что он не будет продолжать отношений, если другой не «предпримет что-то» для решения своих проблем. Или же семейный доктор может посоветовать обратиться к психоаналитику. Это часто имеет место, когда люди страдают от заболеваний, которым в большинстве случаев приписывается психосоматическое происхождение (случай г-жи А., о котором пойдет речь в главе 4, как раз подтверждает это). Однако некоторые люди, имеющие психосоматические нарушения, пребывают в полном неведении о какой-либо психической боли и могут отрицать любую потенциальную взаимосвязь между физическим страданием и психологическим стрессом. В таких случаях психоаналитическая терапия может оказаться не только бесполезной, но и даже опасной. Если пациент твердо заявляет только о физических страданиях и не обнаруживает какой-либо осведомленности о психологических страданиях, возможно, он просто обратился не по адресу.

Здесь же можно привести и другой пример. Кандидаты психоаналитических обучающих институтов — будущие психоаналитики — должны сами пройти личный психоанализ. Несмотря на то, что личный анализ представляет собой важнейший опыт для каждого, кто надеется практиковать психоанализ или психоаналитическую терапию, подобное образовательное требование не является само по себе приемлемой причиной для того, чтобы начинать аналитическое путешествие. Очевидно, конечно, что будущий психоаналитик добавляет к желанию понять личные психологические проблемы надежду, что благодаря личному аналитическому опыту он будет способен не только лучше понимать других и помогать им, но также и защищать их от неблагоприятного влияния своих собственных проблем или недостатков.

Резюмируя, хочу подчеркнуть, что вне зависимости от того, по каким причинам пациент обратился к психоаналитику, самым важным является его *желание предпринять психоанализ лично для самого себя*. Когда человек не признает психологических страданий, его не следует рассматривать в качестве кандидата для психоанализа, хотя другие люди могут настаивать на том, что ему необходима психотерапевтическая помощь. Отнюдь не каждый, кто «нуждается» в анализе, способен к его прохождению! Вне зависимости от симптомов психоанализ или психотерапия не принесут желаемых результатов до тех пор, пока человек не будет в состоянии до конца принять, что это именно его собственное желание осуществить столь трудное, хотя и захватывающее, путешествие. Поэтому наше первое требование к будущим анализантам[1] состоит в том, чтобы они признавали, что испытывают тревогу или депрессию, разочарованы или пребывают в замешательстве в связи с ситуацией, в которой они оказались, не понимают значения симптомов или обнаружили, что один и тот же негативный опыт повторяется бесчисленное количество раз.

Лично я не буду принимать в психотерапию или психоанализ тех, кто просит об анализе исключительно по предписанию судебных инстанций или по требованию обучающих институтов, или исключительно на основании рекомендации врачей, начальников или партнеров по браку. Вовлечь человека в психоаналитическое путешествие, основываясь только на этой мотивации, означает вступить в сговор с защитной системой отрицания, которая может оказаться фактически непоколебимой. Когда потенциальный пациент обращается за помощью главным образом потому, что своими действиями он заставляет страдать других или потому, что другие требуют от него измениться, нам может потребоваться несколько первичных интер-

---

[1] Это психоаналитическое понятие подчеркивает различие между пациентом, получающим психиатрическую или психотерапевтическую помощь, и анализантом — человеком, проходящим психоанализ. В современных психоаналитических исследованиях активно используется, наряду с традиционным понятием “пациент”.– *Прим. науч. ред.*

вью для того, чтобы определить, действительно ли этот человек стремится к самопознанию. Это приводит нас ко второму важному требованию к будущему анализанту.

2. Стремление к самопознанию

Давайте вернемся назад к первой встрече аналитика с потенциальным анализантом и предположим, что последний не обращается с просьбой назначить ему лекарства и не действует от чьего-то имени. Это вовсе не означает, что он понимает, что его страдания возникли вследствие действия неизвестных ему сил внутри него самого.

Многие из тех, кто обращается в терапию, зачастую винят в своих проблемах общество, семейные обстоятельства, ссылаются на свою расовую принадлежность, религиозные убеждения, наследственные факторы, биологический пол. Несмотря на то, что любой из этих факторов может способствовать возникновению текущих проблем, если пациенты не заинтересованы узнать, *почему* они продолжают переживать подобные неизменные факторы травматически, что делает их жизнь невыносимой, то это можно расценивать как скрытый отказ брать на себя ответственность за свою жизнь. (В качестве примера можно привести случай Кэт, описанный в главе 6.)

Желание более глубокого понимания, открытия бессознательного значения неудовлетворяющих жизненных ситуаций или необъяснимых симптомов предполагает принятие факта, что, в конечном счете, причины психологических симптомов *лежат внутри самого человека*. Эта точка зрения является признаком того, что потенциальный анализант имплицитно принимает *концепцию бессознательной психики*.

3. Является ли психоаналитическая ситуация переносимой?

Среди тех, кто обращается к аналитикам за помощью для решения своих проблем, есть некоторое число анализантов, которые не способны использовать психоаналитическую ситуацию. Ситуация, в которой пациента призывают «говорить все» и в то же самое время «ничего не делать», представляется некоторым

людям достаточно сложной. Когда нет уверенности в том, что пациент будет способен принять предложенные ограничения и использовать этот опыт, аналитик будет решать, сможет ли модифицированная форма аналитической терапии, групповая терапия, психодрама или определенная форма психиатрического лечения оказаться более эффективной. Даже когда мы решаем, что потенциально сложный пациент (нарциссический, инфантильный, импульсивный, первертный, болезненно аддиктивный и др.) способен выдержать болезненные аспекты аналитических отношений, мы должны спросить себя: действительно ли мы хотим отправиться в психоаналитическое путешествие с этим пациентом? Готовы ли мы вынести напряжение, которое, возможно, возникнет с обеих сторон, даже принять возможную неудачу, к которой такие сложные проблемы часто приводят? Никто не отрицает того, что этот путь может оказаться достаточно тернистым, хотя наша задача и состоит в том, чтобы помочь пациентам относиться к своей жизни более творчески.

4. Может ли один человек зависеть от другого без страха?

И, наконец, последний фактор, который следует учитывать,— это готовность пациента *получать* помощь. Многие потенциальные анализанты проецируют на аналитика всезнание, как будто он знает все то, что они не знают о самих себе. Другие демонстрируют определенное высокомерие (как правило, это бывает вызвано страхом), это означает, что любые открытия, которых они не сделали исключительно сами, скорее нанесут рану их нарциссизму, нежели помогут, что вызовет с их стороны негативную реакцию в отношении терапии. (Иллюстрацией к вышесказанному может послужить виньетка[2] из анализа Джека Хорнера, описанная в главе 7.) Подобная нарциссическая уязвимость может положить начало аналитическому процессу, не имеющему конца.

В действительности любая потребность в освобождении от психологических симптомов весьма парадоксальна, поскольку

---

[2] Небольшой фрагмент аналитического случая.– *Прим. науч. ред.*

эти симптомы представляют собой детские попытки самолечения и были сформированы как способ избавления от невыносимой психической боли. Таким образом, существует сильная внутренняя сила, которая боится утратить симптомы, несмотря на все те страдания, которые они причиняют; как правило, она создает серьезное сопротивление аналитическому процессу.

Таким образом, основываясь на одних только симптомах, мы располагаем небольшим объемом информации относительно возможного направления психоаналитического путешествия, если оно будет предпринято. Может оказаться, что многие из так называемых «хороших невротиков» упорно не поддаются анализу, тогда как многие нарциссически ранимые, пограничные или полисоматизированные пациенты способны пережить увлекательный, творческий и полезный психоаналитический опыт.

К наиболее «трудным» можно отнести тех пациентов, которые не могут принять свою часть ответственности за симптомы, которые они имеют, или тех, кто не может принять помощь по причине своей нарциссической ранимости, провоцируя болезненные контртрансферентные чувства ввиду отсутствия видимого прогресса. Может даже казаться, что им становится хуже, что они чувствуют себя еще более несчастными, что у них усиливается ощущение безнадежности, что они становятся еще более раздраженными, чем до начала психоаналитического путешествия. По неведомым им самим причинам они боятся психических изменений, которых хотят и к которым стремятся. Это вполне понятно, поскольку *подобные симптомы представляют собой технику психического выживания*. Поэтому не так легко отпустить то, что помогает тебе выжить, когда нет уверенности в способности к психическим изменениям или есть страх, что все изменения причинят еще больший вред!

Каков прогноз для психосоматических заболеваний?

Тяжелые психосоматические заболевания, равно как и психосоматические предрасположенности, которые являются частью потенциальных проблем каждого из нас, зачастую рассма-

триваются как вызывающие сомнения области для психоаналитического применения. Когда они становятся очевидными уже в процессе анализа, аналитики зачастую игнорируют их как материал для возможной интерпетации. В самом начале собственной психоаналитической практики я уделяла мало внимания вторжениям тела в психоаналитический процесс, но со временем меня стало поражать то безмолвие, которое окружало психосоматический стресс — вплоть до того момента, когда этот стресс уже невозможно было отрицать. Это «безмолвие» стало понятным мне, когда я начала осознавать, что корни этого феномена зачастую обнаруживаются в раннем младенчестве.

Основываясь на своих ранних наблюдениях, я сначала считала, что в психосоматических состояниях тело реагирует на психологическую угрозу так, как если бы эта угроза носила физиологический характер; что существует существенное разделение между психикой и телом; что это в значительной степени обусловлено тем, что наши соматизированные пациенты ничего не знают о своих эмоциональных состояниях в ситуациях, представляющих угрозу; что мысли, связанные с конфликтным аффектом, не вытесняются, как в случае с неврозами, а сразу же стираются из сознания (механизм, который был назван Фрейдом (Freud, 1918) *отверганием,* в связи с психотическими состояниями). Однако последующие наблюдения показали мне, что многие пациенты, страдающие серьезными психосоматическими заболеваниями, не обладали способностью ни оперативно мыслить, ни приобретать знания о своем эмоциональном опыте (одной из таких пациентов была Жоржетта, аналитической работе с которой посвящены главы 10 и 11). Стало очевидно, что мои ранние гипотезы были неполны.

Изучение работы специалистов по психосоматическим заболеваниям младенцев позволило мне понять, что мои взрослые пациенты в какие-то моменты функционировали психически подобно младенцам (латинское «infans» означает «тот, кто не может говорить»). Поскольку младенцы пока еще не могут использовать слова, чтобы думать, они реагируют на эмоциональную боль только психосоматически. И хотя

матери мыслят в рамках языкового кода (а большинство матерей постоянно разговаривают со своими детьми), самые ранние психические структуры младенца строятся вокруг невербальных «значений», в которых телесные функции и эрогенные зоны играют господствующую роль. Мы не будем удивлены, если младенец, которого внезапно и на длительное время оторвали от матери или который испытал неожиданный шок, отреагирует на происходящее острым гастритом или колитом. Когда со взрослым в подобных обстоятельствах случается нечто аналогичное, и это в результате приводит к серьезному заболеванию, мы склонны сделать вывод, что имеем дело с архаической формой психического функционирования, которая не использует язык.

Кроме того, я пришла к пониманию того, что поскольку младенец имеет интенсивные соматические переживания в первые месяцы жизни, т.е. задолго до того, как у него появляется какое-либо четкое представление об *образе своего тела*, он может воспринимать собственное тело и тело матери только как единое целое. Несмотря на то, что младенцы стремятся к взаимному обмену со своими матерями и у них рано формируется собственное отношение к тому, что их окружает, Штерн (Stern, 1985) в своей работе показывает, что младенцы не имеют четких различий между Я и объектом.

Когда взрослый бессознательно представляет границы своего тела как слабовыраженные или неотделенные от других, эмоциональные переживания со значимым другим (или иногда с кем-то, кто случайно мобилизует телесную память о ранней психической травме) могут привести к психосоматическому взрыву, как если бы в этих обстоятельствах существовало только одно тело для двоих людей. Клинические иллюстрации, представленные в данной книге, сделают понятной данную точку зрения и прольют свет на мое собственное психоаналитическое путешествие, предпринятое для раскрытия телесно-психических тайн.

Прежде чем завершить эту увертюру ко многим театрам тела, раскрывающимся на психоаналитической сцене, давайте рассмотрим контртрансферентную перспективу. Порой мы ничего не знаем о психосоматических проявлениях, поскольку

пациенты часто не считают нужным их упоминать. Если же эти проявления действительно становятся частью аналитических ассоциаций пациента, то, как правило, они раскрывают слабые или неязыковые связи со скрытой за ними фантазией, в отличие от того, что мы находим в случае невротических симптомов или в невротической части любой психической структуры конкретного пациента. Кроме того, на установление вербальных связей может уйти не один год. По этим причинам некоторые аналитики имеют тенденцию обижаться на соматические жалобы. Факт, что психосоматические явления зачастую ускользают от понимания аналитика, формирует нарциссическое унижение и может приводить некоторых аналитиков к ощущению того, что пациент должен решать свои психосоматические проблемы в каком-то другом месте, а наши усилия следует ограничить только тем, что является психологическим и может быть выражено в словах.

К вышеуказанным контртрансферентным отношениям можно добавить следующие: отсутствие аффекта, нехватка способности к воображению, а также сложности с вербальной коммуникацией, описанные в исследованиях в области психосоматики. Общеизвестно, что психоаналитики, вслед за Фрейдом, наделяют язык особой привилегированной ролью в структурировании психики и в психоаналитическом лечении. *Но язык используется далеко не во всех коммуникациях.* В попытке атаковать любое осознание определенных мыслей, фантазий или конфликтных ситуаций, способных вызвать сильные чувства, которые могут оказаться слишком болезненными или чрезмерно возбуждающими, пациент может, например, породить соматический взрыв вместо какой-то мысли, фантазии или сновидения. (Психосоматический взрыв Кристофера, о котором пойдет речь в главе 3 с его последующей трансформацией в сновидение и фантазии, которые могут быть *вербализированы*,— яркий тому пример.)

В связи с этими различными причинами, а также принимая во внимание опасения, что у пациентов, склонных к серьезной соматизации, может произойти обострение их заболевания, становится понятно, почему некоторые аналитики не приветствуют таких пациентов.

Однако, если предостережения, подробно изложенные на предыдущих страницах, были приняты во внимание, нет никаких оснований для того, чтобы у психосоматически уязвимого пациента и внимательного терапевта возникла необходимость отказаться от совместного психоаналитического путешествия. И даже когда психосоматика угрожает разрушить или завести в тупик работу анализа, психологические вознаграждения как для анализанта, так и аналитика, могут быть значительными, что я и надеюсь показать в этой книге.

Глава 1

МАТЬ

В возрасте пяти лет я сделала открытие, что тело имеет собственный язык. Когда я была маленькой, в нашей семье существовала традиция пару раз в год выбираться из Данедина, где мы тогда жили на Южном Острове Новой Зеландии, в Каррингтон, к родителям моего отца. На своей ферме они выращивали зерновые культуры и держали домашний скот. Предметом их особой гордости была известная джерсийская порода коров, разведением которых они занимались. Моя бабушка, миниатюрная строгая женщина из первопоселенцев, всегда выглядела неприступной и держалась, как сама королева Виктория. У бабушки было пять сыновей и единственная дочь, и все они, даже их супруги, всегда очень почтительно относились к ней, называя ее не иначе как «Мать». Она же, подобно полковнику в армии, командовала не только своим мужем («Отцом»), художником, мечтателем по натуре, но и дядей Цедриком, и всеми без исключения работниками на ферме.

Я очень не любила Мать. Она не позволяла мне весь день рисовать и рассматривать картинки в книжках, лежа на веранде. Вместо этого я должна была гулять и «вентилировать легкие», потому что она называла меня «бледненькой горожанкой». По-видимому, мои враждебные чувства по отношению к ней еще больше усиливались из-за того, что моя мама, уже будучи в своем собственном доме, не боялась высказываться по поводу того, что отец, его братья и сестра всегда лебезили

перед Матерью. Но я знала и то, что моя мама всегда боялась этой маленькой старомодной, но властной женщины, потому что была в ее доме «английской невестой», которой стоило невероятных усилий соответствовать образу безупречной дочери. И во мне, новозеландке в третьем поколении, бабушка хотела видеть примерную внучку. Но стоило мне оказаться на ферме, буквально через пару дней у меня начиналась крапивница. Такое происходило со мной только у них в гостях.

Так продолжалось на протяжении нескольких лет, и вся каррингтонская родня была единодушна в том, что это реакция на молоко от коров той самой породы, которое я так любила. При этом члены семьи абсолютно упускали из виду тот факт, что молоко таких же коров, выпиваемое мною в других местах, не вызывало подобных проблем. И как-то раз, устав от придирок требовательной Матери, которую раздражал один только вид далекой от совершенства внучки, моя мама в сердцах воскликнула: «Мне надоела эта сыпь! С сегодняшнего дня ты больше не выпьешь на этой ферме и глотка молока!» Семейная легенда гласит, что я, со всей той непосредственностью, которая присуща пятилетнему ребенку, выдала такую фразу: «Мои болячки не из-за молока, а из-за Нее».

И действительно, все последующие события должны были подтвердить мое детское теоретическое обоснование аллергии на бабушку! Мне было лет восемь, когда дядя Цедрик, который втайне от всех ухаживал за одной девушкой, привел ее в дом и представил: «Ее зовут Эдит. Мы собираемся пожениться в этом месяце». И с того самого момента на ферме между Матерью и ее новой невесткой разгорелась настоящая война, которая привела к тому, что бабушка с дедушкой переехали на Северный Остров Новой Зеландии, в Напиер,— как мне тогда казалось, на другой конец света. Там они обосновались у дяди Эрни, единственного из всех сыновей, который не был женат и которому Мать могла навязать свою волю. Мы продолжали приезжать на ферму, но уже не так часто, так как без Матери там изменилось все, вплоть до того, что крапивница меня больше не беспокоила! Теперь я могла совершенно спокойно пить жирное молоко от коров дяди Цедрика. С тех пор прошло много лет, но у меня больше никогда не возникала подобная симптоматика.

Ко всему вышесказанному мне бы хотелось добавить, что после переезда у Матери стали возникать различные проблемы психосоматического характера. До конца своих дней она страдала от грудной жабы и на протяжении тридцати лет все считали, что она находится «одной ногой в могиле». Тогда я думала, что это наказание свыше за ее властный характер. Но в то же время в своих фантазиях я испытывала чувство вины за ее проблемы с сердцем, и я постоянно просила Господа о том, чтобы она умерла не от этого! Всевышний, кажется, услышал мои молитвы, но это не помешало мне в возрасте пятнадцати лет шокировать всю семью заявлением о том, что теперь я атеистка. После этого моему примеру последовала моя сестра. Совершенно очевидно, что мои амбивалентные чувства к Матери теперь были перенесены на Бога!

Я до сих пор считаю, что и Мать, и я страдали от горя и ярости, не нашедших своего выражения, и что именно это было причиной наших соматических проявлений. Кто бы мог подумать, что фантазии ребенка по поводу происхождения крапивницы и заболеваний сердца впоследствии могут быть преобразованы в научные теории, объясняющие загадочные соматические проблемы!

Теоретическая Одиссея

Несмотря на мои детские заявления по поводу психологических причин возникновения физических недугов, в начале своей психоаналитической практики я не обращала особого внимания на соматические проявления в процессе психоанализа; равно как и на неуловимую взаимосвязь между телом и душой. Я принимала имплицитную позицию Фрейда, согласно которой органические заболевания, хотя и могут иногда иметь скрытые психологические причины, все же выходят за рамки психоаналитического лечения и исследования. Может показаться удивительным, что Фрейд ограничивал психоаналитическое поле областью психики, в частности, ее репрезентативной системой, которая закрепляется посредством языка. Считается, что Фрейд заложил основы своей теории психического аппарата на биологической

территории и что в функционировании человеческого организма он видел союз тела и души, а психические процессы выводил из биологических. Несмотря на его интерес к взаимосвязи между психикой и соматикой, он все же ограничил свои исследования исключительно изучением психологических симптомов.

Как и многие мои коллеги в середине 1950-х — начале 1960-х годов (а некоторые даже и сейчас), я воспринимала рассказы моих пациентов о телесных заболеваниях в ходе сессии в том же ключе, как и рассказы о текущих событиях дня. Я относилась к ним как к возможному смещению предсознательной или абсолютно бессознательной тревожащей фантазии. Я задавала себе вопрос, почему мой пациент задумывается о своем физическом состоянии именно в данный конкретный момент, но при этом я уделяла мало внимания потенциальным невербальным сообщениям, в которых соматическое заболевание могло быть только некоторым внешним признаком.

Мой интерес к соматическому Я начинался с более обширной области. Я старалась понять все то, что, как правило, *упускается* из вида в ходе психоаналитического процесса — разные важные мысли и чувства, которые не обсуждаются на сессиях, а — вместо этого получают разрядку в действиях за пределами аналитических отношений и ускользают от понимания. Когда наши обычные защиты против психической боли терпят поражение, мы не пускаемся в размышления, а начинаем действовать. Вместо осознания мы чувствуем себя виноватыми, испытываем тревогу или сердимся, мы переедаем, злоупотребляем спиртными напитками, можем попасть в автомобильную аварию, поссориться с соседом или близким человеком, простудиться в ненастную погоду! Это простые примеры «выражения в действии», когда человек скорее прекращает эмоционально реагировать, чем начинает размышлять о происшедших событиях и связанных с ними чувствах. Мне потребовалось какое-то время, чтобы начать наблюдать у своих пациентов эти формы разрядки-в-действии, которые зачастую заводили терапевтический процесс в тупик, создавали риск возникновения бесконечного анализа, в то время как в данной ситуации рефлексия была бы более эффективна. Наиболее ускользающими из этих феноменов, как мне кажется, являются психосоматические проявле-

ния, в которых действие находит свое выражение в теле пациента, при этом здесь точно нет никакой связи с истерическими телесными симптомами. Все это привело меня к серьезным клиническим и теоретическим размышлениям и, в конечном счете, я поняла, что необходимо разграничивать истерические и психосоматические феномены (McDougall, 1982a).

Истерическая конверсия и ее проблемные точки

Я посвятила много времени изучению работы Брейера и Фрейда «Очерки об истерии» (Breuer and Freud, 1893–1895) и пришла к выводу, что требует прояснения ее теоретическая часть, построенная на материале клинических проявлений телесных нарушений, которые нельзя отнести к воображаемому телу с чисто символическим значением (как в случае с истерией), но которые при этом проявляются в истерическом измерении. В классической психоаналитической теории истерические симптомы относят к дисфункциям тогда, когда часть тела или орган чувства принимает символическое значение на бессознательном уровне. Например, глаза или ноги пациента могут быть бессознательно тождественны его сексуальным органам; и в случае тяжелого торможения взрослой сексуальности глаз или нога могут быть неспособны функционировать. И это при отсутствии любого физиологического повреждения, аффективный орган лишь истерически парализован. Но как следует относиться к торможениям более общего характера, таким, как сексуальная импотенция и фригидность или к физическим нарушениям, таким, как запоры, нарушения пищеварения, бессонница при отсутствии каких-либо органических заболеваний? Здесь мы видим сбивающее с толку смешение психических и соматических проявлений. Подобные дисфункции нельзя полностью приравнивать к истерическому параличу или к утрате зрения или слуха при отсутствии каких-либо очевидных органических поражений. Несмотря на то, что такие дисфункции могут быть классифицированы сегодня как проявления истерии, поскольку они

берут свое начало в неосознаваемых тревогах, связанных с запретными либидинозными стремлениями, они часто связаны с агрессивными и садистскими импульсами, и их достаточно сложно рассматривать исключительно как конверсию сексуальных желаний. Однако психика всегда использует тело, чтобы сообщить что-то, донести какую-то информацию и, таким образом, не допустить реализации запретных влечений и желаний. Прежде чем мы сможем решить для себя, относятся или нет эти поверхностные симптомы к классической невротической структуре, мы должны иметь четкое представление о содержании вытесняемых фантазий.

Допустим, я провожу аналитическую работу с пациентом, тяжелая форма сексуальной импотенции которого проявляется всякий раз, когда он хочет заняться любовью. Когда его фантазии станут осознанными, мы можем увидеть, что все женщины, вызывающие у него сексуальный интерес, на бессознательном уровне представляют его мать. Поэтому на такую женщину как на объект желания налагается запрет, а мужчин из своего окружения он боится, воспринимая их как потенциальных кастраторов. Таким образом, становится понятно, что импотенция «необходима» ему в качестве защитного механизма. Иными словами, этот пациент заранее сам себя кастрирует. Такой симптом мы можем также рассматривать как истерическое решение невротического конфликта, связанного с эдиповым комплексом и сопутствующим страхом кастрации. Невротические страхи, как правило, возникают тогда, когда отрицается естественное право взрослого человека получать удовольствие в сексуальных и любовных отношениях или нарциссическое удовлетворение от работы и социальных связей.

Теперь предположим, что другой пациент с такой же симптоматикой (тяжелая форма сексуальной импотенции) в конечном итоге обнаруживает, что боится возможной утраты ощущения границ своего тела во время занятий любовью и боится «раствориться» внутри своей партнерши, таким образом «становясь» ею и, как следствие, лишаясь не только своей сексуальной, но также и индивидуальной идентичности. В подобных фантазиях область невротической тревоги остается позади, и мы оказываемся на более примитивной территории психоти-

ческих страхов. Тем не менее следует особо отметить, что следы таких архаических страхов мы обнаруживаем в бессознательном каждого человека, поскольку корни подобных страхов и желаний уходят глубоко в младенчество. (Мы вернемся к этому более подробно в главе 2.) Такие страхи, связанные с довербальными тревогами, возникающими в диаде мать–младенец, можно рассматривать как прототип того, что впоследствии получает развитие в страхах кастрации, характерных для эдипальной ситуации. Последняя характеризуется *вербальным мышлением и целостным образом тела и его границ*. Можно говорить о том, что при благоприятном стечении обстоятельств примитивное стремление к слиянию со страхами, связанными с психическим выживанием в качестве отдельной индивидуальности, частично разрешаются эдиповым кризисом (с учетом важной роли отца как защиты от этой опасности) и поэтому преобразуются в более сложные тревоги, характерные для эдипова этапа развития.

Когда в клинической картине преобладает психотическая тревога, как это было описано выше, вряд ли можно говорить о том, что мы имеем дело с классической истерической структурой. В то же время таких пациентов мы не можем считать психотиками. Мы можем предположить, что многие невротические проявления — как истерические, так и обсессивные — имеют в своей основе психотическое ядро.

Эти промежуточные формы соматических расстройств нельзя приравнивать к хорошо известным психосоматическим заболеваниям, которые входят в «чикагскую семерку» (бронхиальная астма, язва желудка, существенно повышенное кровяное давление, ревматический артрит, язвенный колит, нейродерматит, тиреотоксикоз). Эти заболевания впервые были исследованы Францем Александером (Alexander, 1950; Alexander, French, Pollock, 1968). И раньше, и сейчас многие считают, что эти заболевания лишены символического значения. Однако исследования Александера привели его к выявлению определенных личностных структур, характерных для ярко выраженных психосоматических явлений.

Роль психики в соматическом заболевании

В психосоматических проявлениях физическое повреждение реально, а симптомы не кажутся связанными с невротической или психотической предысторией (хотя они могут приобрести подобное значение, что я надеюсь продемонстрировать в последующих главах). «Чувство» относится к категории пресимволического порядка, который обходится без использования презентации слов. Поскольку психотическая мысль может восприниматься как инфляционное и бредовое использование языка, нередко для того, чтобы заполнить пространство ужасающего бытия (Montgrain, 1987), зачастую оказывается, что мыслительные процессы человека, испытывающего психосоматические страдания, имеют язык, лишенный эмоциональной выразительности (McDougall, 1982a). В психосоматических состояниях *тело* ведет себя «бредовым» образом, часто *функционируя на пределе* своих возможностей (в отличие от *торможения* телесных функций, о которых шла речь выше), приводя к физиологической нечувствительности. В таком случае можно даже говорить о том, что тело сошло с ума. Именно это скрытое сходство и в то же самое время поразительное различие между психотическими и психосоматическими структурами и проявлениями занимали все мои мысли на протяжении многих лет. Я начала использовать термин «психосоматоз» для обозначения психических структур, в которых основными, а порой и единственными видимыми реакциями на деструктивные фантазии и переживания были реакции психосоматического характера.

Внимательное наблюдение за соматическими проявлениями у моих пациентов в ходе анализа привело меня к выводу о том, что психосоматические феномены нельзя *с психоаналитической точки зрения* сокращать только до психосоматических заболеваний. Теоретически они должны включать все то, что затрагивает реальное тело (а не воображаемое тело истерической конверсии), а также физиологические, в том числе автономные, функции. Таким образом, я стала рассматривать все случаи физического нарушения, или заболевания, в которых психологические факторы играют важную роль, как имеющие отношение к психосоматическим феноменам. Сюда можно от-

нести предрасположенность к частым несчастным случаям или ослабление иммунной защиты, когда человек, находясь в состоянии стресса становится более уязвимым перед инфекционными заболеваниями, а также разного рода аддиктивные проблемы, которые представляют собой «психосоматические» попытки справиться с наполненными стрессом конфликтами и на какое-то время забыть об их существовании. Неэффективность подобных способов справиться с психической болью проявляется в повторяемости аддиктивного поведения. (Более подробно проблемы аддиктивного решения при переживании эмоциональной боли мы будем рассматривать в главе 6.)

Тело как игрушка психики

Несмотря на то, что тревога — это мать спектакля в нашем психическом театре, вопрос о симптомах, которые мы «выбираем», чтобы справиться с тревогой, вечно остается открытым. Почему один человек при столкновении с психическим конфликтом выбирает невротическое реагирование, тогда как у другого появляются психотические симптомы, а третий приобретает сексуальную перверсию или психосоматическое заболевание? Например, у одного человека на фоне сильной тревоги по поводу желания получать удовольствие от сексуальной жизни появляется невротический симптом (например, преждевременное семяизвержение или навязчивое мытье рук), в то время как у другого развивается сексуальная перверсия, что приводит к ограниченному сексуальному выражению; у третьего возникают бредовые идеи о влиянии стиральной машины на его сексуальность, а у четвертого *без какого-либо проявления* симптомов сексуального характера через некоторое время обнаруживается кожная аллергия, астма, тетания и язва желудка. Но все эти симптомы могут исчезнуть, если удастся проработать сексуальные и нарциссические конфликты, которые до этого не осознавались. Именно это мы отметили в случае с Исааком, о котором рассказывалось в «Театрах Я» (McDougall, 1982a).

Вопрос причинной обусловленности в дальнейшем осложняется необходимостью разграничения явных (например,

сексуальное возбуждение) и скрытых причин, которые могут иметь корни в самом раннем взаимодействии между матерью и младенцем, а также ранней организации и структурировании психики. Поскольку речь идет о психосоматических проявлениях, существует большая вероятность того, что определенные способы психического функционирования скорее предрасполагают к психосоматическому, нежели невротическому, психотическому или сексуально девиантному ответу на стресс в сходных обстоятельствах.

Я много размышляла на эту тему, но не сразу пришла к тому, чтобы рассматривать психосоматические явления. Сначала, опираясь на свой клинический опыт, я пыталась понять примитивное значение сексуальных отклонений (McDougall, 1964, 1978), прежде чем сделала вывод о том, что наряду с прегенитальными, садистическими аспектами, а также проблемами слияния, существуют более архаичные формы сексуальности. Подобное открытие позволило мне разработать концепцию психосоматической регрессии к раннему инфантильному эротизму. Однако я по-прежнему была далека от мысли о том, что психосоматические заболевания как таковые в определенных обстоятельствах способны напрямую указывать на очень ранние либидинозные желания, воспринимаемые как угроза самой жизни (как в случае с Жоржеттой, о которой идет речь в главе 10). Я не могла предположить заранее, что для описания полученных данных мне придется ввести термин «архаическая истерия» (McDougall, 1982a), который содержит противоречие, поскольку истерия характеризуется наличием вербальных связей.

Психосоматика на психоаналитической сцене

Впоследствии я стала обращать больше внимания на психическое функционирование тех моих пациентов, которые, помимо психологических проблем, страдали от разного рода аллергических реакций, респираторных заболеваний и заболеваний сердца, гинекологических нарушений и других заболеваний, начало и ремиссия которых, очевидно, были связаны с событиями, имеющими определенную психологическую значимость

для конкретного человека. Я обращалась к литературе, в которой рассматривались психосоматические аспекты подобных проявлений, и углубленно размышляла над их психологическими аспектами в той степени, в которой я могла наблюдать их у своих соматизированных пациентов. Основываясь на своих клинических наблюдениях, я постепенно пришла к выводу, что все пациенты (как и аналитики), склонны к соматизации в определенные периоды времени, в особенности в такие моменты, когда стресс оказывается настолько сильным, что человек уже не может прибегать к своим обычным способам справиться с психологической болью или конфликтом. Но те мои пациенты, которые вызывали у меня наибольшее беспокойство, реагировали уходом в болезнь практически на любую ситуацию, которая была для них эмоционально возбуждающей (особенно на ситуацию возникновения, связанного с сепарацией гнева или тревоги). Зачастую они страдали этими заболеваниями еще с детства, несмотря на то, что, как правило, в разговорах не затрагивали эту тему, если только в их ассоциациях спонтанно не возникали мысли о физическом здоровье. Для меня стало важным открытием, когда я обнаружила у ряда своих пациентов бессознательную потребность *сохранить* их заболевания, причем не только как подтверждение существующих границ их тела, но также и как доказательство их физического выживания. С течением времени я взяла за правило с первых встреч предлагать своим будущим пациентам рассказывать об их физических недомоганиях так же подробно, как и о психологических страданиях.

Психосоматическое сердце?

Дважды столкнувшись в своей практике с тем, что мои пациенты страдали заболеванием сердечно-сосудистой системы, я обратилась к исследованиям, которые проводились в этой области. (Безусловно, немаловажную роль здесь сыграло то, что в течение многих лет я пыталась понять Мать или, по крайней мере, как-то прояснить для себя ее конфликтный образ.) Я обнаружила, что уже накоплен большой опыт в исследовании

психологических параметров различных нарушений, связанных с заболеваниями сердца. На рубеже XIX–XX вв. Уильям Ослер (Osler, 1910) в процессе лечения стенокардии обратил внимание на то, что пациенты никоим образом не были эмоционально уязвимыми или явными невротиками. Ослер представил наиболее яркий портрет пациента, страдающего от сердечного заболевания, который стали рассматривать как классический пример таких пациентов. В 1940-е годы пионерские исследования Фландерса Данбара (Dunbar, 1943) еще раз подтвердили тот факт, что определенные личностные структуры могут являться этиологическим фактором в предрасположенности к сердечным патологиям. Последующие исследования, в частности, те, которые проводились Фридманом и Розенманом (Friedman, Rosenman, 1959; Rosenman et al., 1975), привели к разработке знаменитой, хотя и весьма критикуемой концепции «личности типа А». Фридман описал этот поведенческий паттерн следующим образом: «Характерное сочетание эмоций и действий у пациентов (страдающих сердечными заболеваниями), которые находятся в состоянии хронической борьбы с целью получения чего-то от своего окружения в кратчайшие сроки, в случае необходимости им нужно достичь противоположного эффекта от чего-то другого или от лиц, составляющих то же самое окружение» (Friedman et Rosenman, 1959). (Когда я впервые прочитала эти строки, тень Матери опять нависла надо мной.)

Факт, что количество сердечных заболеваний в Соединенных Штатах достигло масштабов эпидемии, послужил толчком к разработке методов оценивания того, что можно отнести к «модели поведения людей, имеющих склонность к сердечно-сосудистым заболеваниям». Исследования, которые проводятся в настоящее время, указывают на то, что личностная модель типа А способна спровоцировать сердечные заболевания не меньше, чем такие факторы, как высокое артериальное давление, повышенный уровень холестерина в крови или чрезмерное курение. Кроме того, в отчете, выполненном Американской ассоциацией кардиологов, обращалось внимание на то, что вероятность перенести второй инфаркт у пациентов типа А в пять раз выше, чем у тех, кто относится к другому типу личности.

И хотя исследователей в области психоанализа воодушевили эти данные, они концентрируют свое внимание на том, чтобы раскрыть специфические или основные способы психического функционирования и выявить психические структуры, связанные с психосоматическими симптомами, и, в частности, стараются определить, насколько все это способствует усилению психосоматической уязвимости. Прежде чем говорить непосредственно о психоаналитическом подходе с точки зрения причинно-следственных факторов, мне бы хотелось остановиться на уже сделанных открытиях специалистов, которые работают с психосоматическими нарушениями.

Исследования специалистов в области психосоматики

Ряд известных психоаналитически ориентированных психосоматических специалистов опубликовали свои исследования, основанные на результатах интервью с сотнями пациентов как в рамках амбулаторного, так и стационарного лечения. Проделанная ими работа стала отправной точкой для двух основных концепций психического функционирования, применимых к предполагаемой «психосоматической личности». Первая концепция, описывающая специфическую оперативную[1] форму мышления, появилась в исследованиях ученых Парижской школы[2] (Marty, de M'Uzan, David, 1963; Marty, de M'Uzan, 1963). Для оперативного мышления характерны прагматичные и безэмоциональные способы реагирования, причем как в отношении себя, так и в отношении других людей; это такая форма, для которой характерна значительная делибидинизация.

---

[1] См. об этом подробнее: *Марти П., де М'Юзан М.* Оперативное мышление // Антология современного психоанализа / Под ред. А.В. Россохина. М. 2000. С. 327–335.— *Прим. науч. ред.*

[2] См. об этом подробнее: *Фэн М.* Психоанализ и психосоматика; *Марти П.* Психосоматика и психоанализ // Французская психоаналитическая школа / Под ред. А. Жибо и А.В. Россохина. М. 2005. С. 502–524.— *Прим. науч. ред.*

Одна из моих пациенток уже в ходе первичного интервью отметила, что с детских лет страдает бронхиальной астмой. С возрастом симптомы этого заболевания стали уменьшаться, но тем не менее приступы возобновлялись всякий раз, когда она собиралась в гости к матери. Они возникали сразу же, как только она отправлялась в путь. Когда я попросила ее рассказать мне что-нибудь о своей матери, она ответила: «Полная женщина, носящая блузки свободного покроя, по-своему достаточно красива и всегда занята тысячей разных дел. Конечно же, сейчас она не такая активная, как раньше... из-за своего ревматизма». Моя пациентка описывала свою мать так, как это сделал бы человек, едва знакомый с ней, т. е. сторонний наблюдатель. Когда я попыталась выяснить, какие чувства были у нее *внутри* по поводу ее взаимоотношений с матерью, она смутилась и ответила: «Извините, я не очень понимаю, что вы имеете в виду», как если бы у нее не было контакта со своей внутренней психической «реальностью».

Другая пациентка тяжело страдала от язвенного колита, ее спросили о том, какие события в ее жизни предшествовали появлению этой проблемы с кишечником. После некоторых раздумий она, без особых эмоций в голосе, рассказала, что ее родители и жених погибли в автомобильной аварии, в то время как сама она отделалась легким испугом. Когда ее спросили, какова была ее реакция на те трагические события, она ответила: «Я просто знала, что мне придется взять себя в руки». Между тем проницательный слушатель может не упустить из виду подтекст ее слов и понять, что в одночасье жизнь этой молодой девушки оказалась разбитой вдребезги и что ей потребуется много времени на то, чтобы снова собрать эти части воедино. Однако она не осознавала этих своих чувств и не усматривала связи между травмирующим событием и своим психосоматическим заболеванием, которое у нее обнаружилось впоследствии и в котором ее тело взрывалось неконтролируемым и представляющим опасность для жизни образом.

Еще один пациент, страдающий от псориаза, внезапные приступы которого сопровождались множественными высыпаниями по всему телу, вспомнил, что незадолго до того, как у него обнаружили это заболевание, он, находясь за рулем, совер-

шил наезд на женщину с ребенком, нанеся обоим серьезные увечья. Когда его попросили описать его чувства в тот злополучный момент, он ответил: «Со мной было все в порядке. У меня неплохая страховка». Как и предыдущая пациентка, этот мужчина не видел никакой связи между этим психосоматическим взрывом и несчастным случаем. Казалось, он полностью «застрахован» от осознания сильных эмоций, которые мог испытать, если бы до него дошло, что он чуть не убил мать и ребенка (а возможно, на бессознательном уровне он даже хотел их убить). Вместо этого сильные и ярко выраженные страдания выпали на долю его тела. Безусловно, эти очевидные безэмоциональные способы психологического реагирования на серьезные события в жизни не ограничиваются только психосоматическими страданиями. Однако нет сомнений в том, что психическая экономика, которая, как правило, вступает в силу при столкновении с потенциальными травмирующими событиями и позволяет воспринимать их неестественно спокойно и безэмоционально, может приводить к уничтожению любого осознания возникающих и захватывающих человека эмоций, а психосоматическая уязвимость при этом существенно увеличивается.

Публикациии Парижской школы, развивающие концепцию оперативного мышления, послужили отправной точкой к дальнейшим исследованиям психосоматических специалистов из Бостона (Nemiah, Sifneos, 1970; Nemiah, 1978), впоследствии предложивших понятие алекситимии. Они обнаружили, что некоторые люди не имеют слов, чтобы описать свои эмоциональные состояния, потому что они или не осознают их, или же не способны дифференцировать одну эмоцию от другой. Они могут не отличить тревогу от депрессии, возбуждение от усталости или даже гнев от голода.

Мой собственный интерес к этим явно безэмоциональным способам мышления и реагирования, а также к их вкладу в психосоматическую уязвимость возник, как я уже отмечала, именно тогда, когда я пыталась понять различные аспекты индивидуальной личности, ускользающие из психоаналитического процесса. Те из моих пациентов, которые старались уйти от осознания своих психических страданий, вне зависимости

от того, были это болезненные или возбуждающие эмоции (часто *чувства сами по себе* воспринимались как запретные или опасные), очевидно, стремились уничтожить свои переживания, о которых вследствие этого они уже не могли размышлять. Это также приводило к трудности установить определенную связь между предшествующим опытом и последующими соматическими проявлениями. Пациенты, о которых идет речь, часто утверждали, что они ощущают пустоту, отсутствие связей с людьми и происходящими с ними событиями, жизнь представляется им лишенной всякого смысла. (Как в случае с Джеком Хорнером, о котором говорится в главе 7, и Тимом, анализ которого приводится в главах 8 и 9.)

Аналитические наблюдения за такими алекситимичными и оперативными реакциями на психологический стресс позволили мне увидеть, что зачастую это были защитные механизмы от невыразимой боли и страхов психотической природы, таких, как опасность утраты своей идентичности, страх стать психически фрагментарным, страх сойти с ума. В этом отношении мои постепенно развивавшиеся теоретические взгляды отличаются от теорий причинности, разработанных Немиа и Сифнеосом, поскольку они видят основную причину в нейроанатомических нарушениях. Причина действительно могла состоять именно в этом у многих пациентов, которые обращались к ним с психосоматическими нарушениями, но ситуация у тех пациентов, с которыми я проводила анализ, обстояла иначе. Возможно, мы имеем дело с двумя разными категориями людей. Одни сами обращаются за терапией, осознавая свои психологические страдания, другие направляются кем-либо к психосоматическим специалистам, не имея при этом никакого представления о психологической боли и не изъявляя ни малейшего желания проходить ту или иную терапию. В этом случае защитные структуры, сдерживающие психологический взрыв, могут быть жизненно необходимы для сохранения психического равновесия. (Психологическое состояние пациентов, о которых пойдет речь в главе 4, может быть охарактеризовано именно так.) Любые попытки подрыва этих защитных структур без осознания и сотрудничества

со стороны пациента могут таить в себе потенциальную опасность, возможно, даже привести в дальнейшем к соматическому или психологическому повреждению. Поэтому выявление невротического измерения у пациентов с серьезно соматизированной психической структурой является одной из серьезных задач в ходе первичных интервью.

Сердце проблемы

Итак, я опять возвращаюсь к заболеваниям сердечно-сосудистой системы, ведомая стремлением понять степень влияния описанных выше способов психологического функционирования на уязвимость со стороны таких заболеваний. Структура личности Тима, с которым мы еще встретимся в главе 8, очень сильно напоминала портрет, описание которого дают психосоматические специалисты. В процессе анализа выяснилось, что он перенес инфаркт миокарда. Это событие навело меня (так же, как и Тима) на ряд важных выводов, которые, как и подтверждения некоторых гипотез психосоматическими специалистами, позволили открыть новое понимание бессознательного динамического значения этих способов психического функционирования. Помимо психической экономики, характерной для оперативного и алекситимичного способов взаимодействия с миром, мы обнаружили раннюю психическую травму, приводящую к таким нарушениям. Кроме того, в этом аналитическом фрагменте говорится о потенциальных причинах возникновения таких примитивных форм тревоги; он также может служить иллюстрацией последствий проявления в жизни взрослого человека его раннего превербального инфантильного восприятия безэмоциональных способов функционирования для противодействия психологической боли, ранней фрустрации и панике.

Недавние исследования (Brazelton, 1982; Stern, 1985) наглядно продемонстрировали, что дети постоянно посылают своим матерям сигналы относительно того, что они хотят и что им не нравится. В зависимости от того, насколько мать свободна от внутренних давлений, она будет находиться со своим ребенком в тесном контакте посредством именно этих сигналов.

Если внутренний стресс и тревога мешают ей наблюдать и правильно интерпретировать плач, улыбки и жесты своего ребенка, она может, напротив, осуществлять насилие в отношении этого крошечного коммуникатора, навязывая ему свои собственные потребности и желания, что приводит ребенка к постоянным фрустрациям и гневу. Если события развиваются по такому сценарию, возникает риск того, что впоследствии ребенку самому придется, используя все имеющиеся в его распоряжении средства, прибегать к радикальным способам самозащиты от всепоглощающих аффективных взрывов и последующей опустошенности. Детские истории из жизни пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями, зачастую являются иллюстрацией именно таких ситуаций; часто к этой клинической картине примыкают рассказы о слишком ранней автономии (очень рано начинает ходить и разговаривать).

Невротические и психосоматические решения

Мои первые размышления по поводу своего клинического опыта работы с соматизированными пациентами показали, что они обнаруживают невротические симптомы в такой мере, что я отнесла их к категории «нормопатов» (McDougall, 1978). Казалось, они были обязаны сохранять маску «псевдонормальности», чтобы не углубляться в размышления или чувствовать свою внутреннюю боль и конфликты, которые в противном случае могут переживаться как подавляющие и психически дезорганизующие. Несмотря на то, что многие из этих пациентов страдали от самых разных психосоматических заболеваний, они редко усматривали какую-то связь между своими соматическими проявлениями и психологически нарушающими событиями в их жизни, как если бы восприятия физических и психологических сигналов, предупреждающих их об опасности, были абсолютно выброшены из их сознания. Эти восприятия не были отрицаемы или вытеснены и, таким образом, бессознательно зарегистрированы, как это происходит в случае с невротическими психическими структурами. Вместо этого память о тревожащих воспоминаниях была или исключена, или полностью уничтожена.

Работая с пациентами, основные методы психологической защиты которых были невротическими или характерологическими, я многое узнала об этой способности исключать травмирующее восприятие из сознания. Такую способность уничтожения значения можно выявить, когда события были сильно эмоционально окрашены, что не осознавалось, и это приводило к временным соматическим проявлениям или искаженному восприятию. Описание эпизодов анализа Кристофера (глава 3) и Джека Хорнера (глава 7) могут служить иллюстрацией этих форм психологического функционирования, которые в результате приводят к тому, что я называю «психической депривацией».

Джордж Ингел (Engel, 1962) выдвинул теорию, согласно которой психосоматических феноменов можно избежать в случаях, если невротические структуры только возникли и начинают выполнять «функцию буфера» между психикой и телом. Это означает, что «психика», которой удалось создать защитную структуру (в форме невротического симптома), для того чтобы справиться с душевной болью или психическим конфликтом, может быть защищена от соматического взрыва. В психосоматических же нарушениях мы, напротив, имеем дело с регрессией к более примитивным формам отношений между телом и душой, что можно наблюдать у маленьких детей с психосоматическими нарушениями (см. главы 4 и 5). Такое же рассуждение можно применить и к аддиктивным паттернам как способам избавления от психических страданий. (Более подробно мы будем это рассматривать в главе 6.)

И здесь я опять возвращаюсь к исследованиям психосоматических специалистов и предложенным ими концепциям. Хотя на основании сделанных ими выводов я смогла обнаружить у ряда моих пациентов подобные личностные паттерны и особенности психического функционирования (как это было в случае с Тимом), мой собственный опыт работы с пациентами, склонными к соматизации, привел меня к тому, что я поставила под сомнение психосоматические теории как адекватное объяснение причин психосоматической патологии (McDougall, 1982б, 1982c). Я столкнулась с тем, что многие пациенты, у которых отмечалась серьезная соматизация,— часто страдающие

от множественных психосоматических симптомов,— не имели склонности к прагматичным оперативным взаимоотношениям с самими собой или с другими, они не были алекситимичными.

К наблюдениям, сделанным в более ранних работах (McDougall, 1978, 1982a), мне бы хотелось добавить следующие гипотезы:

1. Некоторые аллергические, гастроэнтерологические, кардиологические и другие подобные реакции могут быть соматическим выражением попыток защититься от подлинно архаичных либидинозных и нарциссических желаний, которые человек ощущает как угрозу для своей жизни, почти так же, как младенец переживает угрозу смерти.
2. Для достижения этой цели психика в моменты опасности, как в детстве, посылает примитивные психические сообщения, предупреждающие тело, не прибегая к помощи языка. Таким образом, человек может не думать об опасности.
3. Это может приводить к психосоматическим дисфункциям, в качестве примеров которых можно назвать срочную потребность освободить тело от его содержимого (язвенный колит), задержать дыхание (бронхиальная астма) или вызать сильные кожные реакции (как в случае с экземой или крапивницей). В других случаях психические сообщения могут приводить к повышению желудочной секреции, повышенному кровяному давлению, учащению пульса и т. д. Эти сообщения также могут вызывать нарушения таких естественных телесных функций, как еда, сон, отправление естественных потребностей и т.д.
4. Тело, как и психика, имеет предрасположенность к компульсивным повторениям. Здесь можно вспомнить, что Фрейд в своей работе «По ту сторону принципа удовольствия» связывал эти проявления с деструктивными импульсами. В соматической области сложные реакции тело–психика также имеют тенденцию к неумолимому повторению всякий раз, когда возникает необходимый раздражитель (часто визуальной, аудиальной или перцептивно-сенсорной природы) или когда существуют опасения, что может возникнуть угроза для отношений со значимыми другими.

5. Возникшие эмоции не признаются на символическом уровне (т.е. в рамках языкового кода, который позволил бы дать название аффективно нагруженным репрезентациям, обдумать их и справиться с ними в своей психике), напротив, они сразу же переносятся психикой в тело примитивным невербальным путем, и происходит физическая дезорганизация, которую мы называем психосоматическим симптомом.
6. Следует отметить, что психосоматические заболевания приобретают дополнительное значение — вторичную выгоду. Физические страдания, которые они вызывают, часто компенсируются бессознательным убеждением в том, что болезнь выполняет защитную функцию, например, определяет границы тела. Таким образом, страхи слияния при аффективном взаимодействии с другими (бессознательные напоминания о нарушенных материнско-младенческих взаимоотношениях и страх быть поглощенным матерью или покинутым ею) ослабляются. Сообщение о том, что человек находится на грани отчаяния, переданное через органическое заболевание, может также давать окружающим людям возможность заботиться о нем. Анализ часто открывает другую фантазию: физическая атака на собственное тело в то же самое время является способом атаки на тело интернализированной матери, таким образом, возникает дополнительная вторичная выгода от заболевания.
7. В некоторых случаях физические заболевания могут также переживаться как успокаивающее подтверждение того, что тело является живым. Таким образом, Я укрепляется в противодействии ощущению внутренней смерти, которое возникло в нарушенном младенчестве. Подобные чувства зачастую приводят к депрессии, которая не признается, поскольку человек считает это своим естественным состоянием.

Читатели могли уже понять, что некоторые утверждения, приведенные выше, в той или иной степени могут быть применены к психотическим симптомам. Несмотря на сильные галлюцинации и бредовые идеи, зачастую человек предпочитает их пугающему небытию внутренней смерти, которая сопровождается утратой ощущения своей личностной идентичности или

телесной интегрированности. На основании вышеизложенного я возьму на себя смелость выдвинуть предположение, что существует определенное сходство между психозом и психосоматозом, поскольку оба состояния выполняют репарационную функцию, когда человек испытывает непреодолимое, хотя зачастую и неосознаваемое чувство опасности (McDougall, 1982а, 1982б).

Все это привело меня к давно интересующей проблеме использования языка, его роли или, скорее, отсутствию его роли в психосоматических феноменах. Символический характер истерических и обсессивных симптомов, возникших из первоначально осознававшихся, а впоследствии вытесненных вербальных мыслей и связей, не дублируется в психосоматических симптомах. Здесь мы не наблюдаем ни психотического использования языка, ни слов самих по себе, как это бывает с психотическими пациентами. В последнем случае слова в меньшей степени предназначены для коммуникации, чем для уничтожения смысла (Montgrain, 1987; Ogden, 1980). И, напротив, у пациентов с ярко выраженной соматизацией часто отмечается псевдонормальная коммуникация с остальным миром (что напоминает концепцию «фальшивого Я» Винникотта), когда слова и даже язык сам по себе лишаются эмоциональной составляющей, по крайней мере, в той сфере личности, которая постоянно стремится уничтожить осознание примитивных тревог с психотическим подтекстом.

Позднее я наблюдала на практике и поняла архаичную символическую форму, в которой психика отступала, позволяя телу «говорить вместо души». Скорее, это были сообщения о повиновении, поскольку они не проходили через языковые структуры психики, являясь, как в младенчестве, стимулом к соматическому реагированию.

Точку зрения, что все психологические симптомы могут быть поняты как инфантильные попытки справиться с эмоциональной болью, легко проиллюстрировать на примере невротических и психотических симптомов. Тем не менее она едва ли может быть применима к психосоматическим заболеваниям. Таким образом, принимая во внимание все вышесказанное, я пришла к следующему выводу: несмотря на то, что многие

психосоматические симптомы могут в короткие сроки привести к летальному исходу (в отличие от телесных симптомов истерии, которые являются исключительно символическими и редко вызывают физиологические нарушения), эти симптомы, как это ни парадоксально, также представляют собой *попытку выживания*.

Большая виньетка из анализа полисоматизированного пациента (подробное описание которого будет представлено в главе 9) может частично прояснить эти гипотезы о психической структуре, которая часто является причиной многих случаев психосоматоза. Этот аналитический фрагмент также дает объяснение такому личностному паттерну, который сильно отличается от личностного профиля, представленного психосоматическими исследователями. С самого раннего младенчества и в течение сорока лет этот пациент страдал от серьезной пищевой аллергии, нейродерматита и бронхиальной астмы. Впоследствии ко всему этому добавились проблемы с сердцем, язва желудка и ревматический артрит. Эти симптомы стали понемногу отступать благодаря тщательной аналитической работе пациента и аналитика.

Я очень надеюсь, что этот и другие клинические примеры позволят читателю проследить путь, на котором психоаналитическое переживание оказывается способным трансформировать безмолвные и таинственные сообщения, содержащиеся в психосоматических процессах, в вербализируемые и в силу этого открытые для анализа психоневротические коммуникации.

Глава 2

ТЕЛЕСНО-ПСИХИЧЕСКАЯ МАТРИЦА

Как младенец приобретает чувство субъективной идентичности? Каким образом каждый из нас становится «человеком», отличающимся от других людей, иными словами, «индивидом» (слово, заимствованное из латинского языка: «individuum» означает «единство, которое уже не может быть разделено»)? Можно сказать, что психическая жизнь начинается с опыта слияния, приводящего к фантазии, что у двух людей существует только одно тело и одна душа и что они представляют собой единое неразрывное целое. Хотя физическая реальность ребенка уже представляет собой отдельное существование с еще не раскрытыми, врожденными способностями, младенец не осознает этого отдельного существования. Для младенца мать и он сам — это один человек. Мать пока еще не стала отдельным «объектом» для своего грудного ребенка, но в то же самое время она что-то неизмеримо более значительное, чем любое другое человеческое существо. Она — это вся его окружающая среда, «материнская вселенная», и младенец ощущает себя лишь крохотной частичкой этого необъятного и восхитительного единства.

Глубоко внутри всех нас таится стремление вернуться в это иллюзорное слияние, снова стать частью всемогущей материнской вселенной нашего раннего младенчества, в которой не было фрустраций, ответственности или желаний. Но в такой

вселенной отсутствует индивидуальная идентичность. Можно даже сказать, что если бы цель слияния оказалась достигнутой, то это было бы равнозначно утрате личной идентичности, или психической смерти.

Начало индивидуальности

Фантазии об «одном теле», безусловно, имеют биологический прототип, берущий свое начало во внутриутробной жизни, в течение которой тело матери действительно должно служить жизненным потребностям двух человеческих существ. Пролонгация этого опыта как желаемого состояния играет важнейшую роль в психической жизни новорожденного ребенка. Все то, что угрожает сохранению этой иллюзии, служит поводом для отчаянного стремления младенца вновь обрести утраченный внутриутробный рай. Сходным образом плач ребенка и знаки, указывающие на стресс, побуждают мать к поиску ответа на это срочное требование, и она интуитивно ищет способы *воссоздания иллюзии единства*, используя не только голос, но и теплоту, ритм и близость своего тела, что создает у ребенка ощущение защищенности. Благодаря своей способности сохранять эту иллюзию она дает возможность своему грудному ребенку принять жизненно важный *внутренний* образ материнского окружения, обеспечивая ему комфорт или возможность спокойно заснуть.

Наряду с этим у ребенка существует еще одна, не менее важная потребность — потребность в сепарации. Когда признание матерью потребности ребенка к установлению различий нарушается бессознательными конфликтами, которые атакуют, например, потребность ребенка отказаться от ее физического присутствия, чтобы погрузиться в мир сна, это может стать причиной возникновения одного из серьезнейших психосоматических нарушений раннего детства — ребенок будет страдать от бессонницы, поскольку приучен засыпать только на руках матери. Примером таких отношений между матерью и ребенком и потенциальных опасностей, которые таит в себе этот опыт, может служить случай Софии, описание которого приводится в пятой главе.

Когда отношения между матерью и младенцем «достаточно хорошие», в психическом осознании ребенка из ранней соматопсихической матрицы начинает развиваться прогрессивная дифференциация его собственного тела и той первой репрезентации внешнего мира, которая представляет собой тело матери, «грудь–вселенную». В то же самое время в психике младенца медленно происходит дифференциация психологических аспектов от аспектов соматических.

Тем не менее постепенная «десоматизация» психики сопровождается инверсными психическими поисками путей полного слияния с материнской вселенной. Ребенок стремится всеми доступными ему средствами, особенно в моменты физических или психологических страданий, воссоздать иллюзию телесного и психического единения с магической грудью–вселенной. В то же самое время он ведет такую же активную борьбу за то, чтобы отделить свое тело и зарождающееся Я от материнского тела и ее Я. Если бессознательные желания матери не подталкивают ее к тому, чтобы мешать этой универсальной для всех детей тенденции к слиянию и дифференциации, каждый ребенок, используя различные психологические процессы интернализации, имеющиеся в распоряжении психики (инкорпорация, интроекция и идентификация), будет конструировать сначала образ материнского окружения и уже потом психическую репрезентацию самой матери как успокаивающей и заботящейся, способной контейнировать его эмоциональные всплески и модифицировать его страдания, не препятствуя его постоянному стремлению к соматической и психической автономии. Это и ляжет в основу происходящей во внутреннем мире ребенка окончательной *идентификации* с заботящимся и комфортным имаго по отношению к своему собственному развивающемуся Я.

Начало символической вселенной

Именно на этом этапе развития ребенок начинает изобретать «защитные оболочки», которые в психике младенца воплощают сущность материнских защищающих и успокаивающих функций. Гаддини считает, что «пре-переходным» объектом

(Gaddini, 1971, 1975) может быть какой-нибудь предмет одежды матери или просто маленький фрагмент ткани, пропитанный ее запахом и ассоциирующийся с ощущением и теплотой ее тела. Такие высоко инвестированные объекты, позволяющие ребенку засыпать с иллюзией материнского присутствия, впоследствии в нормальных обстоятельствах обычно замещаются более сложными ассоциирующимися с матерью заместителями, например, плюшевыми медведями или специальными ритуалами. (В последующих главах мы еще вернемся к этому вопросу и на примерах из клинической практики рассмотрим сбои в этом процессе.)

В это же время начинается переход от более примитивных форм телесной коммуникации к языковым. Теперь маленький ребенок способен обдуманно произносить слово «мама», создавая, таким образом, возможность получать ее тепло и защиту посредством одного слова, без обязательного требования ее успокаивающего внешнего присутствия. Эта психическая репрезентация «матери» как персоны, которая может быть названа и о которой можно думать, чрезвычайно важна для структурирования психики и в конечном счете позволяет ребенку самому обеспечить для себя интроецированные материнские функции, разумеется, при условии, что само слово «мама» ассоциируется у ребенка с надежным ощущением комфорта и безопасности.

По мере того как тесный телесный контакт и подобные формы общения с матерью посредством жестов сокращаются, они постепенно, посредством использования языка, замещаются символической коммуникацией. Младенец становится способным вербализировать свои мысли. С этого момента противоречивое желание быть индивидуальностью и одновременно неразрывной частью «другого» вытесняется; это стремление в последующем компенсируется приобретением устойчивого чувства индивидуальной идентичности.

Тем не менее мечта о получении доступа к исходному и невыразимому единству мать–дитя все еще занимает свое место в бессознательном. Следует особо отметить, что желание освободиться от индивидуальных отличий, как телесных, так и психических, с тем, чтобы слиться с примитивной материнской

вселенной, остается глубоко в сердце каждого человека. Но такая ностальгическая тоска не обязательно приводит к патологическим последствиям. Некоторая иллюзорная реализация этого желания, способствует, помимо прочего, достижению человеком двух важнейших *типично психосоматических* переживаний: наслаждения сном и получения удовольствия от оргазма. Более того, любой из этих двух аспектов человеческого опыта может претерпевать нарушения, если фантазия слияния с материнской вселенной сопряжена с тревогой. Это может возникать в результате страха пустоты или ужасающего имаго, связанного со смертью, — там, где должен был бы быть интроецированный материнский объект с успокаивающими свойствами. Любой из этих опасных образов может скорее привести к невосполнимой потере собственного Я, нежели к победе дающего жизнь образа, освещенного иллюзией эротического и мистического единения.

Одно тело, один пол, одна психика на двоих

Вот уже много лет в своей аналитической работе я стараюсь «услышать» этот безмолвный поиск слияния в единое, аккомпанементом которому звучит ужас утраты чувства своего телесного и личностного Я. Я смогла обнаружить следующее фантазийное расширение: одно тело на двоих, один пол на двоих, одна психика на двоих и, наконец, одна жизнь на двоих. Концептуализация этих примитивных способов психического функционирования, а также защитных систем, сконструированных в раннем детстве, связана с определенными теоретическими трудностями. К наиболее важным из них можно отнести то, что наши классические психоаналитические модели психического функционирования в той их части, которая зиждется *на смысле*, являются недостаточными для концептуализации периода психической жизни младенца до того, как он становится говорящим. К тому же они не могут адекватно объяснить путь, с помощью которого психика и сома медленно дифференцируются друг от друга, оставаясь в то же время навсегда связанными.

Мой первый опыт с фантазией «одна душа на двоих» имел место в работе с детьми, у которых отмечались серьезные нарушения (McDougall et Lebovici, 1961). Впоследствии этот опыт распространился на клиническую практику с пациентами, страдающими от нарциссической ранимости. Работа с этими пациентами показала, что у них возникают трудности с дифференциацией между их психикой и моей; проблема, с которой они сталкиваются и во внешнем мире. Зачастую эти пациенты были абсолютно убеждены в том, что их представления о том, что происходит в моей душе, были абсолютно верными. Таким же образом они часто посылали мне скрытое требование быть понятыми без какого-либо прибегания к речи,— требование, оправданное для грудного ребенка, который еще не говорит, но способное вызвать непонимание в отношениях между взрослыми людьми, приводящее к стрессу.

Позднее, в клинической работе с гомосексуальными пациентами (McDougall, 1964, 1978) и теми, кого я называю «неосексуальными» пациентами (McDougall, 1982a, 1986), я пришла к пониманию силы бессознательной фантазии «один пол на двоих». Такие девиантные сексуальные выборы были направлены на защиту не только от осознаваемых страхов, связанных с сексуальными правами и чувством сексуальной идентичности (т.е. всего того, что входит в психоаналитическую концепцию «страх кастрации»), но также и защиту от бессознательной тревоги утратить свое чувство индивидуальной идентичности (что можно рассматривать как прототип страха кастрации). В воображаемом обладании полом своего партнера неизменно открывается фантазийное восстановление собственной сексуальной полноты, которая сохраняет страх кастрации в безвыходном положении, но в то же самое время защищает от более примитивного страха утратить границы тела или ощущение личностной идентичности.

Что касается фантазии «одно тело на двоих», то важность этого способа отношения к другому человеку позволила мне понять экономическое и динамическое значение повторяющихся психосоматических проявлений в ходе анализа многих моих пациентов. Основная фантазия моих пациентов преимущественно сводилась к следующему: «Любовь приводит к психической

смерти, т.е. утрате не только любых психических барьеров, препятствующих опасному вторжению извне, но также потере моих телесных границ. Только полное безразличие в отношении любых любящих привязанностей может гарантировать мое выживание». Затем человеку становится необходимо удерживать барьер «дизаффектации» в отношении других, т.е. барьер, созданный полной потерей осознания аффекта (о чем говорится в главе 6), даже в отношении нарциссического вклада собственного тела и души. Это в свою очередь может в тревожащей степени увеличить психосоматическую уязвимость, ставя под угрозу саму жизнь человека. Именно это отмечали многие психосоматические исследователи в таких хорошо известных клинических феноменах, как «алекситимия» и «оперативное мышление», о чем говорилось в главе 1. (История Тима, которая описана в главах 8 и 9, иллюстрирует подобный тип психической организации с позиции концепции дизаффективного состояния, которая отличается от концепций, которые предлагаются в психосоматических исследованиях.)

Область внутреннего омертвения, которая пронизывает психическую реальность таких пациентов, зачастую приводит к отсутствию физической заботы о самом себе и неспособности осознавать эмоциональную боль (или даже возбуждение и наслаждение) вплоть до регрессивной ресоматизации исключенного аффективного опыта, в некоторых случаях это может приводить даже к ослаблению иммунных барьеров.

Однако здесь следует подчеркнуть, что многие алекситимичные люди, а также люди, склонные к оперативному мышлению, *не* заболевают соматически, тогда как другие, страдающие от серьезных психосоматических заболеваний, *не* демонстрируют оперативную или алекситимичную броню характера, типичную для психосоматических пациентов, которые лучше всего изучены в психоаналитических исследованиях и психосоматических центрах. Напротив, в своей психоаналитической практике я встречала полисоматизированных пациентов, которые интенсивно осознавали свои аффективные переживания.

Иногда «мертвая зона» отчаяния, которую так часто заселяют такие пациенты, сокрыта за аддиктивной зависимостью от значимых других, которых эти пациенты воспринимают как

часть самих себя. Любые пертурбации в отношениях с этими значимыми другими могут ввергнуть пациента в состояние безмерной и всеобъемлющей тоски, что сопровождается рецидивами психосоматических симптомов. В аналитической ситуации такие явления, как правило, возникают в виде реакции на каждую сепарацию от аналитика. Таким образом, пациент впервые получает возможность выражать в словах примитивные невербальные сигналы, передаваемые психикой и проживаемые с помощью тела (в главе 10 представлена яркая иллюстрация подобного состояния). Непризнаваемые репрезентации, заряженные аффектами страха и гнева, также являются распространенными элементами в проявлении психосоматических феноменов.

Следует еще раз повторить, что путь к индивидуации (которая после полной интеграции выступает в роли потенциального барьера на пути серьезных психосоматических или психотических нарушений) извилист и полон риска для каждого ребенка. В то же самое время очевидно, что какая-то часть индивидуальной идентичности каждого человека навсегда будет связана с тем, что он представляет для другого, для субъективной идентичности. В этой связи Лихтенштейн отмечает, что это всегда определяется двумя параметрами: «то, что имеет сходство со мной» и «то, что отлично от меня» (Lichtenstein, 1961). Все люди, которые исходно относились к внешнему миру и которые с самого рождения являлись значимыми фигурами, становятся устойчивыми психическими репрезентациями, формирующими важнейшую, хотя и бессознательную часть внутреннего психического мира. Несмотря на то, что процесс, с помощью которого это происходит, до сих пор считается каким-то мистическим, это не должно препятствовать нашему поиску ответов на вопросы, которые возникают в отношении сложнейшего психического события, именуемого интернализацией. Возникают следующие вопросы:

- Как младенец начинает приобретать репрезентацию своего собственного тела и как он начинает осознавать, что *это тело* принадлежит только ему? Каковы будут последствия в случае неудачи настоящего установления такого психического обладания?

- Каким образом *сексуальная идентичность* становится безопасной психической репрезентацией и что позволяет приобрести убеждение в обладании собственными половыми органами (уверенность в том, что они, к примеру, не принадлежит родителям)?
- Что же представляет собой *психика*? Как ребенок приходит к пониманию того, что психика — это клад, полный сокровищ, а он является его полноправным обладателем и имеет все права на мысли, чувства и интимные тайны, которые этот клад содержит?

За столетие, последовавшее после разработки Фрейдом концепции эдиповой организации в ее первоначальной фаллически-генитальной версии, эта концепция значительно обогатилась как клинически, так и теоретически. Мы приобрели много новых знаний о конфликтах, происходящих на разных стадиях эдиповой организации, которые приводят к неврозам и перверсиям. Нам также удалось получить обширную информацию о репрезентации тела, сексуальных органов и психики в том виде, как они инвестированы в невротических и первертных организациях. Что касается психоаналитических моделей, которыми мы располагаем, то здесь мы можем показать, каким образом невротические и первертные организации возникают в виде реакции на то, что детям рассказывали (или не рассказывали) о сексуальной идентичности и сексуальных ролях. Именно оттуда мы можем проследить, каким образом ребенок, который по-прежнему находится внутри взрослого, на всем протяжении детства предпринимал попытки интерпретировать непонятные сообщения, исходящие от бессознательных желаний и страхов своих родителей.

Но мы знаем значительно меньше о раннем структурировании этих репрезентаций, преэдиповых инфраструктур, лежащих в основе, например, психотических и псхосоматических структур. Вследствие этого мы также мало знаем о психотической и психосоматической уязвимости каждого человека. Несмотря на то, что Винникотт, Бион и другие посткляйнианские исследователи значительно продвинули наше клиническое и теоретическое понимание архаических основ человеческой психики, метапсихологии психоза и психосоматоза еще

не созданы. Но в одном мы можем быть уверены: психотические и психосоматические проявления, подобно неврозам, проблемам с характером и перверсиям, также являются попытками самолечения. Эти конструкции представляют собой психическую работу маленького ребенка, который столкнулся с психической болью, вызванной внешними факторами, которые не поддаются контролю с его стороны.

Говоря о раннем детстве, мы должны помнить о том, что самой ранней внешней реальностью ребенка является бессознательное его матери (в значительной степени структурируемое ее собственными детскими переживаниями и представлениями), обусловливающее качество ее присутствия и отношение к младенцу. Практически таким же важнейшим фактором является и ее взаимоотношение с отцом ребенка, и то, насколько он инвестирован ею в плане как реального, так и символического значения, а также любви. Это приводит нас к тому, чтобы рассматривать пресимволическую, превербальную вселенную как ключ к пониманию психотического и психосоматического потенциалов.

Таким образом, чтобы понять психотические и психосоматические явления, мы должны разработать модели психического функционирования, которые помогут нам выяснить, каким образом структурируется психическая жизнь с самого начала в пресимволической вселенной, в которой мать играет роль мыслительного аппарата для своего ребенка. Общеизвестно, что младенцы стремятся открывать и контролировать источники удовольствия, а также стараются избегать переживаний неудовольствия. Младенец очень рано научается различать жесты и движения, которые привлекают его мать, и те, которые остаются без ответа или вызывают у нее реакцию отторжения. В недавних исследованиях взаимодействий между матерью и младенцем было показано, что их «общение» может потерпеть неудачу еще на самом раннем этапе развития отношений. Возможно, это связано с чувствительностью некоторых младенцев, но также с материнской изменяющейся способностью понимать и интерпретировать потребности своего ребенка, проявляющиеся в примитивных сообщениях. Иногда собственные внутренние проблемы матери могут привести ее к тому, что она будет с чрезвычайной силой навязывать ребенку свое представление

о том, чего ей хотелось бы, чтобы он чувствовал, или в чем нуждался, а не пытаться интерпретировать те сообщения, которые ей посылает ребенок. Также разрушительную роль часто играют катастрофические *внешние* события, такие, как внезапная смерть значимого в материнском или отцовском окружении человека, социально-экономические факторы, война или переживание геноцида. В таких случаях многое зависит от присутствия родителей и их способности успокоить и контейнировать как свой собственный стресс, так и стресс своих детей. Что касается психотических и психосоматических проявлений у взрослых, то в процессе анализа мы можем обнаружить примитивные защитные механизмы, свойственные крошечным младенцам,— инфантильную часть, инкапсулированную внутрь взрослой личности, но всегда готовую выйти на психичесую сцену, когда возникнет сильная стрессовая ситуация.

Раннее развитие психики

Многие психоаналитические исследователи разработали концепции для описания ранней организации психики с самого рождения и даже прослеживали ее развитие, начиная с пренатального периода. Все они стараются объяснить то, как ребенок взаимодействует с объектами в своем внешнем окружении и постепенно приходит к психическому обладанию своим телом, своей сексуальной идентичностью и сознанием. Приходят в голову метафоры, характеризующие различные аспекты подобных психических процессов, такие, как «трансформация бета-элементов в альфа-функционирование» у Биона (Bion, 1962, 1963), «отсутствие бытия» у Лакана (Lacan, 1966), кляйнианская концепция «параноидно-шизоидной» и «депрессивной» позиций (Klein, 1935), «симбиотической» фазы и фазы «сепарации-индивидуации» у Малер (Mahler, Bergman et Pine, 1975), концепция «переходного пространства» у Винникотта (Winnicott, 1971), концепция «психологии Я» у Кохута (Kohut, 1971, 1977), концепция превербального «сознания» у Штерна (Stern, 1985) и ощущения «ядерного Я», концепция «аутистически-близкой» позиции у Огдена (Ogden, 1988) и т. д.

Скрыто или явно все эти авторы соглашаются с тем фактом, что опыт сепарации и признания экзистенциальных различий являются полюсами, вокруг которых конструируется ощущение Я и чувство индивидуальной идентичности. Всякий раз, когда сепарация и различия не переживаются как психические приобретения, обогащающие и придающие значение инстинктивной жизни, они становятся *пугающими* как реальности, которые угрожают ослаблением Я-образа, возникновением чувства опустошенности, утратой веры в необходимую полноту жизни и потерей того, что считается жизненно важным для психического выживания, а именно сохранения иллюзии слияния с архаическим образом матери своего младенчества.

Многие из вышеупомянутых аналитических авторов также соглашаются с тем, что ребенку для достижения прочного ощущения собственного Я необходимы такие отношения с матерью, при которых она выполняла бы свои материнские функции, не только действуя как щит *против* сокрушительных стимулов извне, но также тонко декодируя посылаемые им сообщения и отвечая на них.

Психическая репрезентация матери, которая приобретается постепенно, находится в тесной взаимосвязи с ее способностью модифицировать физическую или психологическую боль ребенка. Ребенок, когда он голоден, мокр, обижен, испуган или рассержен, не может ничего сделать с этими состояниями, разве что вызвать краткие моменты галлюцинаторного удовлетворения. С постепенной интроекцией материнского окружения младенец начинает проводить различия между Я и матерью, и уверенно начинает видеть в матери человека, который принесет ему спокойствие и облегчит физические или психические страдания. Когда же матери не удается защитить своего ребенка от травмирующего сверхвозбуждения или же, напротив, когда она недостаточно его поощряет (в особенности, когда он испытывает стресс), это может приводить к неспособности разграничивать саморепрезентацию и репрезентацию другого. Это, в свою очередь, может вызывать архаические телесные репрезентации, в которых границы тела, эрогенные зоны и различие между телом матери и телом ребенка остаются спутанными.

Рассматривая проблемы проекции в связи с неспособностью обеспечивать защиту, Фрейд в работе «По ту сторону принципа удовольствия» писал:

> «Против внешних влияний существует защита, которая уменьшает силу этих приходящих раздражений до весьма малых доз; по отношению к внутренним влияниям такая защита невозможна, возбуждение глубоких слоев непосредственно и, не уменьшаясь, распространяется на эту систему (психический аппарат), причем известный характер их протекания вызывает ряд ощущений удовольствия и неудовольствия. Во всяком случае возбуждения, происходящие от них, будут более адекватны способу работы этой системы по своей интенсивности и по другим качественным свойствам (например, по своей амплитуде), чем раздражения, приходящие из внешнего мира. Эти обстоятельства окончательно определяют две вещи: во-первых, превалирование ощущений удовольствия и неудовольствия, которые являются индикатором для процессов, происходящих внутри аппарата, над всеми внешними раздражениями; во-вторых, деятельность, направленную против таких внутренних возбуждений, которые ведут к слишком большому увеличению неудовольствия. Отсюда может возникнуть склонность относиться к ним таким образом, как будто они влияют не изнутри, а снаружи, чтобы к ним возможно было применить те же защитные меры от раздражений. Таково происхождение проекции, которой принадлежит столь большая роль в происхождении патологических процессов» (p. 29).

Таким образом, можно понять, почему некоторые пациенты, склонные к соматизации и оказавшиеся незащищенными от непрекращающихся травмирующих переживаний в раннем детстве (когда внешние раздражители были настолько сильными, что прорывались через защитный экран), имеют тенденцию считать причиной своих заболеваний внешние обстоятельства, поскольку их примитивные эмоциональные состояния не имеют шанса достичь психической проработки символическим и вербальным способом.

Когда возникает страх перед сепарацией и различием как перед переживаниями, которые могут разрушить чувство Я,

и субъект чувствует, что он вынужден бороться против исходного разделения, которое обусловливает появление «индивида», это может привести к самым разным психическим «решениям»: сексуализации конфликта, созданию нарциссических или пограничных личностных паттернов, аддиктивным решениям, таким, как зависимость от наркотиков или медикаментов, алкоголизм или булимия; или глубокое расщепление психики и соматики. Для второго характерны два различных типа психических решений. Первое приводит к такой патологии, как аутизм, когда тело и его соматическое функционирование часто остаются неповрежденными, в то время как психика закрывается от внешнего мира. Во втором психическом решении связи с внешним миром сохраняются, но остается риск того, что соматика начнет реагировать в манере, которую мы можем назвать «аутичной», т.е. отделенной от аффективных сообщений психики в части словесных презентаций, оставляя могущественные вещественные презентации стремящимися к невербальному выражению.

Таким образом, психическая боль и конфликт, которые возникают в результате внутреннего или внешнего стресса, не признаются на уровне вербального мышления и не находят выхода в целом ряде психических проявлений: сновидениях, фантазиях, мыслях или иных формах психической деятельности, а скорее приводят к психотическим решениям галлюцинаторного типа или находят выход в психосоматических проявлениях, как это было в раннем детстве. В психоаналитической практике мы часто сталкиваемся с соматическими драмами, которые являются признаками недоступных — лучше сказать, невыразимых — психологических драм, поскольку тело, как и психика, подвергается воздействию своих собственных форм навязчивого повторения. Таким образом, эти признаки содержат в себе психические сообщения, которым удается избежать психической репрезентации. Как же мы можем их «услышать»? И как мы можем надеяться символизировать их и передать посредством языка?

Существует еще одна сложность в анализе пациентов, склонных к интенсивной соматизации. Рано или поздно мы сталкиваемся с тем, что наши пациенты начинают неистово *сопротивляться* поиску психических факторов, питающих их психосоматическую уязвимость. Так же, как и наши пациенты

с проблемами невротического и психотического характера, психосоматические пациенты сражаются с решимостью, которую они не осознают, чтобы *защитить* свои соматические формирования. Было бы даже рискованно подталкивать некоторых пациентов к тому, чтобы они анализировали эти психические факторы, если они очень сильно сопротивляются этому или совершенно не желают ничего знать о причинах своих состояний. Однако некоторые пациенты с психосоматическими нарушениями ощущают психоаналитические рамки и отношения с аналитиком как создающие безопасное для себя пространство, в котором они могут исследовать свои скрытые, примитивные фантазии и глубокие архаические сценарии своего внутреннего театра. В таких благоприятных обстоятельствах мы можем обнаружить, что психосоматические проявления имеют психологическую историю, которую можно реконструировать. Теперь я кратко резюмирую свои ранние размышления по поводу всего вышеизложенного, поскольку именно эти соображения в конечном счете привели меня к сегодняшнему видению психосоматических явлений в психосоматическом процессе.

Краткий обзор ранних наблюдений

В своих предыдущих работах я старалась выделить некоторые моменты, которые обычно присутствуют у тех из моих пациентов, у которых отмечается ярко выраженная тенденция к соматизации (McDougall, 1978, 1982a). В результате я сделала следующие выводы:

1. Недостающее звено, связывающее истерии и психосоматические состояния, следует искать в концепции Фрейда об «актуальных неврозах» (Freud, 1898, 1914, 1916–1917).
2. Это недостающее звено тесно связано с метапсихологией аффекта. Фрейд (Freud, 1915a, 1915б) обозначил три возможные «трансформации» эмоций (конверсионная истерия, неврозы навязчивости, актуальные неврозы). Я считаю возможным добавить четвертую трансформацию, в которой аффект может

сдерживаться и не находить своего выражения, не получая какой-либо компенсации за утрату переживания или воспоминания о нем (McDougall, 1982a). Иными словами, недопущение в сознание не будет компенсироваться ни формированием невротических симптомов, ни восстановлением отвергаемых представлений в форме бреда, как это отмечал Фрейд у Шребера (1911a). В таких случаях мы можем говорить о том, что психика находится в состоянии депривации. В следующей главе мы вернемся к этой гипотезе и рассмотрим ее более подробно.

3. Кажется, что большинство подобных пациентов достигли нормальной эдиповой организации и способны вести взрослую сексуальную и социальную жизнь. Тем не менее в аналитическом процессе, как правило, выявляется, за некоторыми исключениями, что эта эдипова структура была привита к намного более примитивной организации, в которой родительский образ оказывается поврежденным или даже полностью отсутствующим во внутреннем психическом мире пациента. Пол отца и его присутствие мог играть незначительную роль в жизни матери; поэтому отец часто представляется человеком, которого запрещено любить и который недостоин уважения.
4. Как следствие, образ внутренней матери становится экстремально опасным. Когда в материнской жизни нет фантазии о пенисе отца, играющем либидинозно и нарциссически усиливающую роль, психическая репрезентация пола матери (которую она передает своему ребенку), становится репрезентацией безграничной пустоты. Ребенок сталкивается с риском того, что он станет проецировать в эту пустоту все производные инфантильной мегаломании, не встречая при этом каких-либо препятствий. И тогда фантазия материнского внутреннего пространства становится неизменно привлекательной и в то же самое время пугающей.
5. Следствием этой фантазийной структуры будет то, что фаллос отца, отделенный от его символической психической роли, становится расщепленным на две составляющих. С одной стороны, это идеализированный пенис вне зоны досягаемости, когда речь идет о способности ребенка желать его или идентифицироваться с ним; с другой стороны, деструктивный и преследующий частичный объект всемогущего свойства.

6. Образ матери, как и фантазия о ее теле, также двойственный: идеализированная репрезентация, которая заключает в себе вечное обещание невыразимого блаженства, и частичный объект, который выражает угрозу психической или даже физической смерти.
7. Подобная интроецированная семейная констелляция, неустойчивая и вызывающая тревогу, отражает бессознательные конфликты и противоречия самих родителей. Очевидно, зачастую это побуждает детей к тому, что они слишком рано приобретают автономию; в результате они преждевременно начинают относиться к родителям как к *отдельным и сепарированным объектам*. К примеру, когда мать не была интроецирована в психический мир своего ребенка как «окружающая среда» или внутреннее состояние, несущее успокоение и защитные функции, а вместо этого *слишком рано стала восприниматься как целостный и отдельный объект* (Ogden, 1986), этот психический образ идеализируется и наделяется всемогуществом, и его становится невозможно достичь. Это сопровождается установлением неправильной и слишком ранней формы автономии, которая оставляет ребенка и будущего подростка с ощущением полной неадекватности. Младенец испытывает жизненно важную для него потребность сохранять иллюзию существования в единстве с матерью значительный период времени, необходимый для постепенной дифференциации образа мать-ребенок в мать и ребенок. Именно это иллюзорное слияние позволяет маленьким детям спать, переваривать и удалять из организма пищу, иными словами, функционировать соматически без нарушений, сохраняя уверенность в том, что материнская вселенная обо всем позаботится.
8. Еще одним следствием нарушений, о которых шла речь выше, является нарушение нормального переходного феномена младенчества, описанного Винникоттом (Winnicott, 1951)[1]. Это потенциальное переходное пространство начинает конст-

[1] См. об этом подробнее: *Винникотт Д.В.* Переходные объекты и переходные явления // Антология современного психоанализа / Под ред. А.В. Россохина. М. 2000. С. 186–200.— *Прим. науч. ред.*

> руироваться в течение первого года жизни, позволяя ребенку медленно создавать свое внутреннее психическое пространство. Младенец начинает интернализировать первые следы материнских функций, с которыми на короткие моменты он может идентифицироваться, и это происходит до тех пор, пока ребенок не достигнет такой стадии развития, когда он обретет «способность быть одному в присутствии матери» (Winnicott, 1965)[2]. В отношении, которое Винникотт описывает как «первичную материнскую озабоченность», характеризующем связь матери и ее новорожденного младенца, какая-то часть матери также сливается с ребенком, так что в каком-то смысле она разделяет иллюзию млденца. Это, в свою очередь, позволяет ребенку переживать эти отношения таким же образом. Однако некоторые матери воспринимают своих детей как маленькие инородные тела, отличные от них самих. Такие дети ощущают себя депривированными и часто демонстрируют первые признаки психосоматических реакций. Другие матери *сами* не могут допустить даже мысль о том, чтобы отказаться от такого слияния, подготавливая базу для разного рода аллергических заболеваний или серьезных нарушений, связанных со сном и едой (как в случае Софии, о которой пойдет речь в главе 5). В любом случае младенец устанавливает жизненно важное чувство отдельной идентичности только через значительные трудности.

Тогда это мешает маленькому ребенку психически обладать своим телом, эмоциями, затрудняет его способность мыслить или связывать мысли и чувства. Одним из следствий этого может быть атака на возможность наслаждаться интерсубъективными связями (Stern, 1985).

Таким образом, это неизбежно приводит нас к необходимости учитывать бессознательное матери, которое отражается во внутреннем мире ее ребенка. Это выясняется постепенно

---

2 См. об этом подробнее: *Винникотт Д.В.* Способность к одиночеству // Антология современного психоанализа / Под ред. А.В. Россохина. М. 2000. С. 254–260. — *Прим. науч. ред.*

в процессе психоаналитического лечения взрослого. Задолго до этого овладение языком, жестами и свободным выражением эмоциональных состояний может восприниматься младенцем как запрещенное. Оланье (Aulagnier, 1975, 1984) подчеркивает значение таких запретов у психотических пациентов. Растущий ребенок понимает, что ему запрещается *думать*, а единственно разрешенные мысли — это мысли его матери. Таким образом, ребенку в конечном счете приходится изобретать собственное видение мира с тем, чтобы избежать ужаса перед возможностью быть пойманным в ловушку материнского ума. На основании собственного опыта я могу сказать, что у людей, которые не имеют очевидных психотических нарушений, а напротив, страдают от серьезных психосоматических заболеваний, некоторые очень эмоционально-заряженные мысли, невыносимые для матери, становятся абсолютно запрещенными или исключенными для ее ребенка. (Примеры этому можно найти в главах 8 и 9.)

Таким же образом некоторые телесные зоны и определенные физиологические функции, в зависимости от того, какое значение им придавала мать, могут оставаться незамеченными или даже находиться в состоянии, в котором от них невозможно получить удовольствие. Например, пациент, страдающий от язвы желудка и различных нейродерматологических заболеваний, «обнаружил» в процессе анализа, что впервые за всю свою жизнь он «обладает» своим анусом и его функциями (McDougall, 1978). Ребенок отрицает некоторые части или функции тела; и это подобно отказу от эмоционально-окрашенных представлений, предотвращающему разрыв прочной связи мать–ребенок. В фантазиях или ребенок, или мать будут разрываться на части или их фрагменты, если отказа от эмоционально-окрашенных представлений не происходит. Образ матери опять же носит двойственный характер: это вездесущая и всемогущая фигура и хрупкая женщина, которая может легко надломиться. (Иллюстрация случая в главе 10 наглядно показывает силу таких фантазий.)

Когда репрезентация слияния двух тел, ребенка и матери, сохраняется, это может привести либо к практически полному отрицанию значимости других, либо к панике перед каждым

фактом отдельности и различия. Если продолжает отсутствовать идентификация с внутренней заботящейся материнской фигурой, это часто приводит к убеждению в том, что человек не несет ответственности за свое телесное благополучие. Фантазия человека, что на самом деле он не владеет своим телом или (что часто можно рассматривать как одно и то же) бессознательная фантазия, что его тело контролируется кем-то другим, также играют важную роль. Таким образом, вместо непризнаваемых психотических страхов и желаний проявляется соматизация.

Срыв фундаментального процесса становления индивидуальности неизбежно подрывает возможность ребенка интегрировать и признать то, чем он лично обладает: не только свое тело и его эрогенные зоны, но также и психику, т.е. мысли и чувства. Когда неадекватное развитие и разрядка психологического напряжения через психическую работу или действия присоединяются к неспособности самостоятельно заботиться о себе, мы сталкиваемся с тем, что такие пациенты просто игнорируют все телесные сигналы о страдании и оказываются неспособными услышать сигналы психического стресса. В таких случаях расщепление, которое происходит в результате между психикой и соматикой, может иметь катастрофические последствия.

Одной из целей данной книги является изучение с позиции психоанализа бессознательного значения психосоматических проявлений, а также анализ того, насколько все они связаны с превратностями процесса становления личности и неудачами в процессах интернализации, посредством которых формируется индивидуальная идентичность. Теоретические вопросы, которые мы будем анализировать в последующих главах, являются обобщением моей клинической практики и анализа тех случаев, в которых конфликт и психическая боль, которые должны были бы быть вербализированы, вместо этого находили свое выражение в соматической разрядке.

С точки зрения клинической теории, прежде всего возникают следующие важные вопросы. Какова взаимосвязь между психосоматическими феноменами и симптоматологией невроза и психоза? Когда отмечаются незначительные признаки, указывающие на невротическое симптомообразование или

на психотический возврат утраченных частей психического опыта посредством создания неореальности, есть ли основания считать, что психика может быть действительно *лишена* какого-то переживания, которое когда-то было ее неотъемлемой частью? Можем ли мы утверждать, что подобная депривация оставляет тело открытым для дешифрованных и вступающих в действие примитивных сигналов психики? Поиску ответов на эти и другие вопросы и будет посвящена большая часть следующей главы.

Глава 3

ПСИХИЧЕСКАЯ ДЕПРИВАЦИЯ

Может ли психика действительно быть «депривированной» относительно некоторого элемента, который когда-то принадлежал ей? В психоаналитической теории используются такие понятия, как вытеснение, отрицание, отказ и проекция, для описания различных способов, позволяющих пережитым мыслям, чувствам, воспоминаниям и фантазиям *исчезнуть* из сознания. Однако они не потеряны. При определенных обстоятельствах их можно снова вспомнить, или они могут найти свое выражение в наших снах, языковых оговорках, ошибках памяти и внезапных непостижимых фантазиях. Они могут также проявляться в повторяющихся переживаниях, запретах, симптомах и сублимациях. Эти различные психологические явления указывают на то, что психика никогда не является подлинно лишенной мыслей, восприятия, ощущений или событий, которые когда-то имели место, даже если впоследствии окажется, что они находятся вне сознательной памяти.

Все мы большую часть времени не осознаем того, что происходит в нашей психической реальности. Особенно хорошо это прослеживается в тех необычных историях, которые рождаются у нас в измененном состоянии сознания (называемом сновидением), а также в психологических симптомах, которых мы, как правило, стыдимся, поскольку они, как и наши сновидения,

часто кажутся нам странными и лишенными всякой логики. В особенности те, кто предпринимает психоаналитическое путешествие, открывают, что они осознавали лишь незначительную частичку того, что составляет их внутренний психический мир. В своей статье «Конструкции в анализе» Фрейд отмечал, что работа анализа «имеет большое сходство с археологическими раскопками того, что было разрушено и погребено...[но] аналитик работает в лучших условиях и имеет больше материала, который может ему помочь в его работе, в своем распоряжении, поскольку то, с чем он имеет дело, в действительности, не что-то уничтоженное, но что-то по-прежнему живое» (р. 259).

Тот факт, что наша психика функционирует динамически и экономически и мы этого не осознаем, вовсе не означает, что психика депривирована. Так, например, лишь немногие из нас осознают свои инфантильные сексуальные желания, неизбежно прорабатывая при этом инцестуозную, гомосексуальную и прегенитальную тематику. Точно так же мы относительно бессознательны по отношению к своим детским разочарованиям с их долей инфантильной ярости и зависти и часто к смертоносным чувствам, которые прячущийся внутри нас ребенок по-прежнему испытывает к самым близким и дорогим для него людям в детстве. Все эти примитивные импульсы имеют много потенциальных возможностей для проявления и во взрослой жизни. В идеале наши нарциссические, агрессивные и ранние либидинозные стремления будут адекватно выражаться в сексуальных и любовных отношениях, а также в профессиональной и социальной жизни, равно как и в так называемой сублимированной активности. Таким образом, когда примитивные эмоциональные состояния психики адекватно инвестированы и находят свое выражение в этих различных способах, все то, что лежит за пределами нашего обычного опыта, и представляет собой вытесненную из сознания память.

Однако, если желания, которые являются конфликтными, запретными или невозможными, компенсируются только частично или неожиданно блокируется путь их успешного выражения и впоследствии они уже не могут найти адекватного выхода, в таком случае вытесненные страхи и желания могут снова выйти на поверхность. Это приводит, как правило, к возникно-

вению невротических симптомов, или торможений, не допускающих проникновения конфликтных желаний в сознание, что позволяет человеку вести привычный для него образ жизни. Но цена, которую человек вынужден платить за это,— психические страдания. То же самое можно сказать и о психотических симптомах, которые часто представляют не что иное, как бредовую компенсацию того, что было выброшено из сознания. Таким образом, невротическое и психотическое симптомообразование берет свое начало в том, что было исключено. И здесь опять же нашу психику нельзя считать депривированной (лишенной) чего-либо, поскольку в данном случае мы имеем дело с компенсацией.

Хотя каждому из нас для сохранения психического равновесия приходится принимать индивидуальные решения, на практике все мы сталкиваемся с тем, что у нас возникают различные запретные или вселяющие страх мысли. Они могут выражаться в тревогах, фантазиях или ощущениях, проникающих в наше сознание, или они могут быть совсем простыми восприятиями: увиденное на улице объявление, вспышка молнии, дорожно-транспортное происшествие, подслушанный разговор или странное слово — все это может мобилизовать конфликтные или болезненные психические репрезентации. Тем не менее обычно нам удается на какое-то время не допускать подобных психических атак в наше сознание. Иногда это происходит так быстро, что даже не откладывается в нашей памяти. Тогда они становятся потенциальными содержаниями наших сновидений или, возможно, основой для реализации творческих замыслов. Или же они могут просто находить выход в снах наяву. Таким образом, мы снова получаем компенсацию за то, что было утрачено нашим сознанием. Здесь следует особо отметить, что если у нас недостаточно развита эта способность к удалению из сознания тревожащих мыслей и восприятий, то непрерывность нашей психической жизни в ее сознательном измерении будет постоянно находиться под угрозой. На нас могут обрушиться нежелательные тревоги или сверхвозбуждающие желания, и тогда уже вряд ли мы сможем заниматься своими обычными делами (это может случиться, если человек оказывается в измененном

состоянии сознания; например, под действием наркотиков или в состоянии психотического срыва).

Однако случается, что некоторые способы психического функционирования приводят к тому, что эмоциональное влияние внешнего мира (какие-то мимолетные восприятия, травматические события, конфликтные отношения со значимыми другими или события в личной жизни, например, рождение, смерть или брак) исключается не только из сознания, но также и из символической цепи важных психических репрезентаций. Таким образом, подобный опыт остается *нескомпенсированным*, а давление, оказываемое внутренним миром инстинктивных потребностей (либидинозных, сексуальных и нарциссических деприваций, зависти, гнева или постоянно неосознаваемой агрессии), может не достигать психической репрезентации. Соответственно, эти потребности не могут быть ни вытеснены, ни впоследствии задействованы при формировании невротических или бредовых симптомов или патологии характера.

Когда психика, временно или на квазиконтинуальной основе, не может вернуть того, что было вытеснено из сознания через формирование симптомов — разрядку в сновидениях или в каких-то иных формах психической активности,— психику можно описать как находящуюся в *состоянии депривации*. Образуется некий вакуум, с которым психика будет стараться иметь дело, но ее сообщения будут примитивными и психическое функционирование в результате будет иметь тенденцию генерировать реакцию соматического характера, как в детстве. Незрелость ребенка и его неспособность использовать вербальное мышление делают невозможным применение более сложных способов, позволяющих справиться с подавляющими аффективными штормами и неуправляемым возбуждением или психической болью. Таким образом, мы видим то, чего действительно лишена психика на этом этапе,— это *слова*, или, если говорить более конкретно, то, что Фрейд называет представлениями о словах (1915b). Вместо этого психика имеет доступ только к тому, что Фрейд обозначает как представления о вещах. Подобные вещественные презентации являются динамически мощными, бессознательными составляющими, которые находят выражение в форме перцептивной или соматической

регистрации эмоционального возбуждения, а затем должны быть декодированы в психике и впоследствии приведены в действие. Именно это и происходит, когда мы оказываемся жертвами психосоматических проявлений. В таких случаях отмечается регрессия к инфантильным способам психического функционирования. Иными словами, вступает в действие обходной путь без использования языка и вторичных процессов мышления. Эти регрессивные тропы открыты для всех нас на всем протяжении нашей жизни, так как все мы способны к «соматизации» наших эмоциональных стрессов, когда внешнее или внутреннее давление подавляет наши нормальные способы размышления и реагирования в ситуациях, причиняющих психическую боль.

Психическое вытеснение и соматическое выражение

В психоаналитической практике мы часто можем наблюдать соматические последствия психической депривации. Особенно это проявляется у тех пациентов, которые в целом не склонны к соматизации как основному способу реагирования на стрессовые обстоятельства и психическую боль.

В процессе клинической работы мне удалось определить основные примитивные источники и превербальную значимость неожиданных психосоматических событий. В результате я стала рассматривать эти соматические взрывы как архаическую форму истерии в отличие от невротической истерии, которая, если следовать классическому определению, характеризуется главным образом наличием языковых связей и связана с тревогой, имеющей отношение к *праву* взрослого *получать сексуальные и нарциссические удовольствия*. Замещающие симптомы, формируемые психикой, направлены на то, чтобы занять место либидинозных желаний или действовать в качестве наказания за эти желания вне зависимости от того, проявляются ли они во внешних объектах или в нарциссическом образе Я. Уровень конфликта, о котором я говорю, используя термин «архаическая истерия» применительно к психосоматическим явлениям,

в большей степени имеет отношение к защите *права человека на существование*, нежели к предоставлению права на естественное взрослое удовлетворение. Здесь мы имеем дело с тревогой, когда возникает угроза чувству индивидуальной идентичности человека или самой его жизни. Как уже отмечалось в предыдущей главе, либидинозные влечения младенца могут быть поняты как колебания между желанием слиться с матерью-телом и желанием полной независимости. При условии, что бессознательные страхи и желания матери или давление внешних обстоятельств не приведут ее к тому, что она окажется неспособной так или иначе справиться с физическими и психологическими страданиями своего ребенка, она позволит ему в периоды, когда он будет испытывать физическую или психическую боль, сохранять иллюзию единения с ней. Когда ребенку препятствуют в его попытке медленно создавать репрезентацию успокаивающего и заботящегося материнского окружения и идентифицироваться с этой «внутренней» матерью, отсутствие внутренней защищающей фигуры сохраняется и во взрослой жизни. (Психосоматические нарушения, которые приводят к бессоннице у ребенка, что представляет угрозу для жизни, можно рассматривать как одно из проявлений этой нехватки в младенчестве. Случай Софи, который приводится в главе 5, подтверждает это.)

Соматические дисфункции в виде реакции на тот или иной стресс можно также рассматривать в качестве симптома, посредством которого психика, как и в случае с классическими истерическими симптомами, стремится посылать сообщения, которые интерпретируются соматически. Однако метод здесь более примитивный, чем в случае с истерией. Таким образом, в психосоматических состояниях причины нарушений в работе органа или соматической функции не носят органического характера, при этом реакции будут такими, как если бы возникла необходимость предпринять определенные психологические действия в ситуации, представляющей биологическую угрозу. Например, тело человека может функционировать таким образом, как если бы оно пыталось «избавиться от чего-то токсичного» (как в случае с язвенным колитом, когда телесное содержание жестоко изгоняются), или как если бы оно пыталось что-то «сохранить»

(как в случае с бронхиальной астмой, когда пациент зачастую не может даже сделать выдох). Почему кишечник продолжает освобождаться от содержимого при отсутствии какой-либо органической патологии? И почему человек задерживает дыхание, на самом деле практически перестает дышать, при отсутствии физических причин, заставляющих его это делать?

Такие соматические явления возникают в ответ на сообщения, посылаемые психикой, поскольку она пытается справиться с тем, что смутно воспринимается ею как угрожающие переживания. Тем не менее человек часто не осознает таких аспектов. Как это ни парадоксально, несмотря на то, что психосоматическая реакция направлена на предоставление человеку защиты от психологического вреда, на самом деле она может представлять угрозу для его жизни. Таким образом, в архаической форме истерии эти явления имеют определенное психологическое значение пресимволического порядка, поскольку они представляют собой примитивные попытки справиться с тем, что мы можем назвать психотической тревожностью. Но ни психотические, ни невротические симптомы не были созданы для компенсации того, что было выброшено из сознания, так как вызванные тревоги не смогли достичь психической репрезентации в символической и вербальной (годной для размышления) форме.

Нежеланный ребенок

На примере случая из своей практики я постараюсь проиллюстрировать то, о чем говорилось выше. Я проводила психоанализ с пациентом-мужчиной, у которого не было выявлено каких-то серьезных соматических проблем. Тем не менее казалось, что он очень нуждается в материнской заботящейся фигуре, с которой он бы мог идентифицироваться во внутреннем мире. Таким образом, согласно моим гипотезам, этот пациент мог быть потенциально уязвимым для психотических или психосоматических реакций. На этом примере также проявляется взаимосвязь между психосоматическими явлениями и нарушениями сна.

Кристофер был психиатром. К своим 40 годам он состоял в браке и имел двоих детей. Вместе с женой, которая также была психиатром, они вели довольно успешную практику и пользовались уважением коллег. В течение 10 лет Кристофер проходил анализ у одного известного психоаналитика-мужчины. «Это был типичный лаканианский анализ. Г-н Х. хранил молчание почти все эти годы... но я, со своей стороны, напряженно старался дать ему то, что, как я чувствовал, он хотел получить, и я глубоко исследовал основные элементы моей психической структуры. В моей профессиональной работе произошли значительные изменения. До этого я был весьма заурядным студентом, с небольшой уверенностью, что я могу следовать выбранной мною цели». После этого сообщения он с отчаянием в голосе добавил: «Но мой анализ был исключительно интеллектуальным путешествием. Что же касается моего физического и психического Я, то мне по-прежнему так же не по себе, как и раньше, когда я только начал тот анализ, как если бы мое тело или моя душа вовсе мне не принадлежали».

Симптомы Кристофера, а также его воспоминания свидетельствовали об очень нарушенных отношениях матери и ребенка. Кристофер был единственным ребенком в семье. Всю жизнь ему говорили, что он был нежеланным ребенком и что его зачатие вынудило его родителей пожениться. Он вспомнил, что маленьким мальчиком всегда боялся потеряться и буквально ходил за матерью по пятам для того, «чтобы найти свои границы». Кристофер хорошо помнил свой страх, когда она уходила в ванную и закрывала за собой дверь. Тогда он начинал кричать и стучаться в дверь, так как он боялся, что начнет чувствовать себя «потерянным» в ее отсутствие. По рассказам его матери, все считали, что до 12 лет Кристофер отставал в психическом развитии. Но однажды его дядя, который души не чаял в мальчике, заявил, что даже если он все время будет мямлить, а не говорить четко и громко и будет норовить спрятаться от других, он считает Кристофера очень смышленым маленьким мальчиком. Кроме того, лет в 12 Кристофер заболел туберкулезом легких. К этой серьезной соматизации мы еще вернемся. Тогда он провел год в санатории, где физически

и психически окреп и стал живым и активным подростком. По словам самого Кристофера, сепарация от родителей была очень благотворной.

Первое интервью

Помимо представленных выше фактов биографии и короткого рассказа о своем предыдущем анализе, Кристофер сообщил, что сейчас причиной его обращения к аналитику было самоубийство одной из его пациенток, которую он лечил от серьезных бредовых состояний. Он был в отпуске, когда эта замужняя женщина, мать троих детей, осуществила акт самосожжения. Кристофер был очень привязан к этой пациентке, он сохранил записи о развитии ее терапии и обсуждал ее случай на групповой супервизии с аналитиком, имеющим опыт работы с психотическими пациентами. Помимо чувства нарциссического унижения перед лицом своих коллег, он испытывал очень сильное чувство вины, как если бы причиной этой трагедии послужила его безответственность. Он хотел понять, была ли какая-то взаимосвязь между этим неожиданным и роковым шагом его пациентки и его собственным состоянием постоянной тревоги.

Как в профессиональной, так и в частной жизни Кристофер ощущал свою «неадекватность», «смущение», «замешательство» перед выбором правильного направления действий во многих ситуациях жизни. Он утверждал, что именно этим объяснялась его чрезмерная зависимость от жены. Он постоянно хотел услышать ее мнение, ждал одобрений и боялся осуждения с ее стороны. Тема «потери» непрерывно возвращалась. Кристофер становился «потерянным» в своих мыслях так же, как и в своих проектах и в работе. В процессе анализа выяснялось, что его документы, удостоверяющие личность; портфель и ключи регулярно оказывались не на своих местах или часто безвозвратно терялись. В ходе первичного интервью со мной он рассказывал о некоторых таких случаях приглушенным и печальным голосом, как человек, утративший всякую надежду на то, чтобы наслаждаться жизнью. Самоубийство пациентки, ставшей также потерянной для него, еще больше укрепило его в мысли о собственной несостоятельности во всех сферах жизни.

Что касается своего физического самочувствия, Кристофер как бы между прочим отметил два симптома, которые имели психосоматическую окраску. Он рассказал о болезненном состоянии кишечника (при этом никаких органических нарушений у него выявлено не было), но поскольку все это периодически повторялось, то вызывало у него небольшое беспокойство. В большей степени его беспокоила частая бессонница. Он нередко подолгу не мог заснуть, а иногда просыпался с ощущением тревоги, но при этом не запоминал никаких снов.

В целом у меня сложилось впечатление, что Кристофер, по-видимому, совсем не понимал своего состояния депрессии и нарциссического истощения. Кроме того, он обращал мало внимания на свой детский опыт и отношения с матерью, которую он тем не менее представлял скорее как человека жесткого.

Я не собираюсь представлять подробный анализ его случая (в котором психосоматические составляющие не играли главной роли), но проиллюстрирую лишь определенный тип психического функционирования, который, на мой взгляд, повышает психосоматическую уязвимость (помимо других возможных симптоматических выходов). Подобные психические структуры, очевидно, формируются в раннем детстве, когда материнско-детские отношения *не приводят* к созданию внутренней репрезентации заботящейся матери (с которой ребенок, очевидно, стремится идентифицироваться, чтобы иметь возможность самому заботиться о себе как психически, так и физически). Образ матери в таких случаях, как правило, может быть расщепленным. С одной стороны, существует идеализированный и недостижимый образ всемогущей матери, которая может взять на себя все его страдания и удовлетворить любое его желание. Однако он играет преследующую роль, поскольку ребенок не может ни заслужить и ни достичь этого грандиозного идеала. С другой стороны, имеется отвергающий и смертоносный образ матери, с которым ребенок по мере взросления начинает идентифицироваться и, соответственно, относиться к своему собственному детскому Я точно так же. Кроме того, если отец ребенка играет незаметную роль в его жизни и представлен в его внутреннем мире как человек, безразличный к его детскому существованию, то такой пациент впоследствии будет действовать,

как ужасающе невнимательный родитель по отношению к самому себе. Такие пациенты имеют тенденцию или заботиться о мире других, или ищут аддиктивное замещение, чтобы компенсировать причиненный им вред. Все эти комбинированные факторы способствуют нарушению субъективной идентичности, что сопровождается потерей границ между Я и объектом. Это благоприятствует стойкости непризнаваемых психотических тревог в отношении телесной и психической целостности и, очевидно, содействует психосоматическому выражению.

Прежде чем перейти к драматической соматизации, которая произошла во время анализа, мне бы хотелось напомнить о соматическом событии, упомянутом Кристофером на первичном интервью, – туберкулезе легких, который у него неожиданно обнаружили в возрасте 12 лет. С этим периодом жизни у него связаны различные воспоминаниям и ассоциации, среди которых мы выявили ряд психологических факторов, которые могли способствовать тому, что Кристофер заболел именно в тот момент. Судя по его детским воспоминаниям, он был замкнутым и грустным маленьким мальчиком. Он связывал это с тем, что мать не любила его. Именно поэтому он повернулся к отцу в поисках поддержки для своего нарциссического образа Я. Незадолго до того, как у Кристофера обнаружили туберкулез, его отец не только пережил серьезные неприятности на работе, но и получил тяжелую физическую травму. Кристофер вспоминает, что видел своего отца истекающим кровью и боялся, что тот может умереть. Знание о том, что отец потерял работу, удваивало его тревогу. Мы сделали вывод, что все эти события, совпавшие с неизбежным для подросткового возраста стрессом, могли еще больше усилить уже существующую депрессию Кристофера и сделать его более уязвимым к инфекционным заболеваниям.

Соматическая драма на психоаналитической сцене

Следующий аналитический фрагмент был взят из двух следующих друг за другом сессий на пятом году нашей работы с Кристофером. После отпуска я по своему обыкновению сделала эти записи.

Кристофер: Мы провели отпуск не так уж хорошо... и все из-за новой лодки. Мне казалось, что я не мог контролировать ее... большую часть времени я не мог даже завести ее. Потом я провел ужасную ночь, которая произвела обжигающее впечатление на меня. Я проспал около часа, а потом неожиданно проснулся от острой боли. Весь мой живот был чудовищно раздут, затем был сильнейший приступ поноса, а газы выходили в течение нескольких часов. Это было что-то впечатляющее. Боль была чудовищной, и даже после того, как я принял лекарства, я не смог заснуть и продолжал чувствовать боль. На самом деле я до сих пор мучаюсь расстройством кишечника. Но если говорить честно, я не совсем понимаю, что же все-таки произошло той ночью.

За многие годы практики я научилась рассматривать подобные соматические события, о которых пациенты рассказывают во время сессии, как немые или инфравербальные «сообщения» со скрытым динамическим и экономическим значением. Я подхожу к ним преимущественно так же, как к сновидениям, стараясь обнаружить, например, некоторые проблески в дневных остатках. Поэтому я и поинтересовалась у Кристофера, не приходит ли ему на память нечто особенное, что могло произойти в день перед той ужасной ночью.

Кристофер: ... Хорошо... да... целый день я боролся с лодкой... но так и не смог ее завести. Часа через два жена сказала мне: «Нам просто нужен *мужчина*, который бы мог помочь нам!» Тогда я был абсолютно с ней согласен, теперь же, когда я думаю об этом, ее замечание кажется мне достаточно сокрушительным. Говорить о кастрированном существовании! А в завершение всего она снова завела разговор о том, что хочет третьего ребенка. У меня по-прежнему это вызывает ужас... это уж слишком... и слишком скоро. Не хочу даже вспоминать об этом.

Дж. Макдугалл: Кажется, вы не очень хорошо «переварили» высказывания вашей жены той ночью. Не думаете ли вы, что ваше тело, вместо вашей психики отреагировало на все то, что произошло с вами в тот день?

(Последовала долгая пауза.)

Кристофер: Возможно, я пытался родить ей ребенка... это чудовищное вздутие... оно действительно имело некое сходство с родами.

Хотя я и не сказала об этом Кристоферу, но про себя подумала, что если его интерпретация была точной, то соматическая постановка пьесы о беременности напоминала в большей степени аборт, чем рождение. Принимая во внимание материал предыдущих сессий, я подумала, что, возможно, интерпретация Кристофером своего соматического заболевания является выражением бессознательной зависти к способности женщины выносить и родить ребенка. Если эта гипотеза была правильной, тогда Кристофер, очевидно, вытеснял свои бессознательные желания, придавая инциденту истерическую окраску.

На следующей сессии Кристофер рассказал сон.

Кристофер: Прошлой ночью мне приснился ужасный кошмар. У меня в руках оказался новорожденный ребенок, и я собирался зажарить его. Я нанизал его на вертел и заботливо наблюдал за приготовлением пищи без следа беспокойства или вины. Потом я принялся поедать его, начиная с руки. И я даже предложил еще кому-то эту руку, возможно, жене. В тот момент я вдруг осознал, что вижу крошечный обрубок младенческой ручки, и очень испугался. Во сне меня посетила мысль: «О Боже! Ты совершил преступление! Детей нельзя есть. Когда он вырастет, он будет калекой и останется с этим уродством на всю жизнь». Меня переполняло ощущение ужаса, и я проснулся посреди ночи от поднимающейся паники. Я был весь мокрый, меня всего трясло, и в ту ночь я больше не сомкнул глаз, думая об этом сне.

Сходство и в то же время различие ночного кошмара и кошмарного переживания в отпуске, о котором Кристофер вспоминал на предыдущей сессии, немедленно захватило мое внимание. Но Кристофер думал не об этом. Его первая ассоциация была связана со сном, который видела его психотическая пациентка незадолго до самоубийства. Ей снилось, что она взяла своего младшего (третьего) ребенка и варила его в кипятке до тех пор,

пока от него не осталось ничего, «кроме маленького сердечка, которое продолжало биться на ее ладони». Во сне она неслась к своему психиатру за помощью, умоляя его сделать ребенка целым снова.

Когда я слушала ассоциации Кристофера, следующие мысли приходили мне в голову. Во-первых, Кристофер часто ссылался на амбивалентное отношение этой женщины к ее младшему ребенку; его неспособность понять этот особенный сон, в котором она взывала о помощи конкретно к нему, заставляет его чувствовать себя сейчас таким же больным, как и тогда, когда он услышал ее рассказ. В один из моментов, учитывая контекст, в котором он вспомнил сновидение пациентки, а также его желание до конца понять это сновидение, я заметила, что мы могли вообразить, что «маленькое сердце, которое продолжало биться», возможно, представляло ее собственное детское сердце. Теперь мне кажется, что подобного рода фантазия могла иметь место и в отношении съеденной руки ребенка в сновидении Кристофера. Возможно, младенец Кристофер остался «калекой на всю жизнь». Не был ли сам Кристофер тем изувеченным ребенком, который не может добиться материнской любви и в равной степени не способен управиться с лодкой и в результате не способен завоевать уважение своей жены? Может быть, он предлагал собственную руку (дар кастрации) матери или жене, и это была своего рода техника выживания?

Нет ли здесь скрытой фантазии, что его собственная жадная агрессия может быть ответственной за все его несчастья? Ибо в этом особом сновидении перед нами предстает Кристофер-каннибал, пожирающий человеческих младенцев. Возможно, он проецировал на свою мать собственную разрушительную оральную любовь. Кристофер был единственным ребенком в семье и, по рассказам его матери, без сомнения, нежеланным, но сами по себе эти факты вселяли в него ужас и страх, что может появиться кто-то другой, в большей степени достойный ее любви. Однажды он заметил, что ощущал себя «сожженным» своими отношениями с матерью, поскольку ему постоянно казалось, что она его не любит и недоступна для него. Может быть, он таким образом избавлялся от этих воображаемых детей-соперников, поедая их, сжигая их или «варя

их в кипятке»? (Очевидно, что сновидение пациентки, в котором она варила своего ребенка в кипятке, оказало продолжительное и, возможно, травматическое влияние на ее психиатра, как и ужас, который он испытал впоследствии, узнав, что его пациентка сознательно совершила самосожжение. Это неудивительно, что он не смог использовать это сновидение и инсайты своей пациентки в работе с ее глубинными конфликтами.)

Кристофер чувствовал, что он был «плохой матерью» своей пациентке, и в своем собственном сновидении он, без сомнения, идентифицировался не только с ребенком, которому было нанесено увечье, но также и с ужасающей матерью. Сценарий сновидения говорит: «Посмотрите, матери готовят и едят своих детей». Его ассоциации с психосоматическим взрывом, о котором он вспомнил на предыдущей сессии, можно было интерпретировать следующим образом: «Матери хотят убивать своих детей посредством аборта». Насколько же он идентифицировал себя с «матерью-убийцей»? Более ранние сновидения и фантазии Кристофера относительно женщин и их беременности привели меня к пониманию того, что одна потенциальная интерпретация может быть направлена на фантазии, связанные со стремлением избавиться от нежеланных детей, а другая — на его зависть по отношению к женщинам, соединенную вместе со страхом идентификации с женщиной, убийцей детей. Кроме того, твердый отказ Кристофера в ответ на просьбу жены о третьем ребенке, очевидно, следует тому же паттерну. Но я ограничилась лишь фразой, что «не все дети желанные».

Эта интервенция позволила Кристоферу впервые за всю сессию установить связь между этим сновидением и постоянным возвращением его жены к разговору о том, чтобы завести еще одного ребенка. Тогда он заметил, что на самом деле она затронула эту тему еще предыдущей ночью.

Кристофер: Я не могу вынести, что я видел этот сон. От одной этой мысли я становлюсь больным.

В действительности, мысли подобного характера, если они исключались из сознания, могли спровоцировать проблемы с пищеварением у Кристофера во время отпуска, особенно

по причине того, что они не нашли выражения в сновидении или в какой-либо иной форме психической активности. Мы также можем предположить, что когда страшная фантазия не находит выражения в сновидении, это наводит на мысль о том, что психика не имеет доступа к словам, которые требуются для такой особенной фантазии. Слова – замечательные контейнеры чувств, которые могут препятствовать сильно эмоционально заряженным переживаниям находить быструю разрядку через соматические реакции или высвобождаться через действие.

Кристофер: Я в такой же степени психотик, как и мой пациент. Теперь я понимаю, почему она совершила самоубийство! Я испытываю такую ненависть к себе. Это сновидение становится мне просто невыносимо.

Дж. М.: В этот момент в вас одновременно говорят два человека: взрослый, который относится к себе как к психотику и ненавистному убийце детей, и ребенок, который старается сообщить о своем стрессе через это сновидение. Этот ребенок боится, что могут прийти другие и занять его место, и тогда он будет чувствовать, что «его жизнь искалечена». Поэтому он должен пожирать всех остальных, кто угрожает его существованию. Настойчивое требование вашей жены завести третьего ребенка, возможно, угрожает вам так же, как если бы ваша мать пожелала завести еще одного ребенка. Вы снова становитесь маленьким испуганным ребенком, о котором вы мне так часто рассказывали. Взрослый в вас не выносит этого приносящего стресс ребенка, не хочет слушать его и может даже испытывать желание убить это беспомощное, чудовищное детское Я.

Кристофер: Нежеланный ребенок! Да, я не хочу его!

Дж.М.: Мать-убийца?

Кристофер: Это именно то, чем я был для своей пациентки — не способной защитить, смертоносной матерью. И мы оба были матерями-убийцами в наших сновидениях!

Потом я напомнила Кристоферу, что во время нашей последней сессии он рассказал о ссоре, которая произошла между ним и женой на отдыхе и вызвала «чудовищный» понос и бессон-

ную ночь. В этот раз уже не было никакого соматического взрыва, но был взрывной сон, за которым также последовала бессонница. Этот момент стал важной поворотной точкой в анализе Кристофером своих взаимоотношений с тревожным детским Я, сообщения которого он пытался подавлять в течение многих лет. Это также свидетельствовало о возможности начала анализа его амбивалентных (любовь–ненависть) чувств и его гомосексуальной зависти к женщинам. Проработка этих тем заняла много успешных сессий и принесла новые ассоциации в психоаналитический дискурс Кристофера .

На основании материала, содержащегося в этой короткой виньетке, я хотела бы предложить следующие гипотезы. События того дня, после которого у Кристофера возникло тяжелое кишечное расстройство, мобилизовали в нем чрезвычайно примитивные фантазии, которые никогда не вербализировались и которые вызвали аффекты, связанные со стрессом, гневом, завистью и оральным садизмом. Но Кристофер совершенно не осознавал этого архаического психического измерения. Я предположила, что тело моего пациента отреагировало так, как если бы оно было отравлено, потому что он был лишен знания о страхах, которые невозможно выразить словами, и о примитивных фантазиях, которые только сейчас получили возможность для своего выражения в словах.

Ужасные темы, которые нашли выражение в сновидении, были ближе к психотическим фантазиям, чем к страхам, связанным с невротическими структурами. Но в случае Кристофера удаление из психики некоторых важных психических репрезентаций, сопровождающееся утратой связанных с ними аффектов, не было восстановлено бредообразованием, как в случае с психозами. Напротив, произошло серьезное расщепление между телом и психикой. Сообщения, посланные психикой, не были переданы через символические связи вербального мышления и словесные презентации; вместо этого, обходя языковые связи, они регистрировались только как *вещественные презентации*, провоцируя прямой соматический ответ, подобно тому что мы наблюдаем у маленьких детей. Живучесть такого психического функционирования зачастую показывает в процессе анализа, что его корни уходят в ранние отношения между матерью и ребенком.

Бессознательные проблемы матери или стрессовые обстоятельства могут мешать созданию такого защищенного пространства, в котором маленький ребенок мог бы приобретать более зрелую форму психической организации, проходя сквозь муки примитивных эмоциональных состояний. Врожденная восприимчивость к различным заболеваниям, например, нарушения неврологического характера или когнитивные нарушения, могут также препятствовать развитию у ребенка способности к принятию и обрабатыванию материнских эмпатических ответов. Какова бы ни была причина, такие отношения между матерью и ребенком не являются «достаточно хорошими».

Это заключение в случае Кристофера может быть подтверждено и другой его психосоматической жалобой – серьезной формой бессонницы. Исследования Левина (Lewin, 1946, 1948) навели его на мысль, что манифестные сновидения подобны фильму, проецирующемуся на «белый экран», представляющий собой интроецированный образ «материнской груди», а «белые сновидения» — это заново переживаемые ранние отношения с этой материнской грудью младенчества. Если эти гипотезы подтверждаются, тогда можно поставить под сомнение то, что пациенты, имевшие нарушенные отношения «мать–ребенок» способны легко засыпать и «регрессировать» в состояние белого экрана. Если мать–грудь переживалась как не заслуживающая доверия или непоследовательная в своем отношении к своему младенцу, это может нарушить способность видеть сновидения. Таким образом, часто отсутствует нормальная разрядка, когда бессознательный сильно эмоционально заряженный конфликт находит свое выражение в фантазиях и сновидениях. Я обнаружила подобные нарушенные репрезентации матерей у многих моих пациентов, тех, кто страдал от бессонницы. Зачастую казалось, что эти пациенты вели себя как «мудрые дети» Ференци (Ferenczi, 1931). В некотором смысле эти «дети» должны быть родителями для своих собственных внутренних младенцев. Отсутствие возможности снова пережить первичное слияние с поддерживающим материнским интроектом вынуждает их всегда бодрствовать, чтобы им не могли причинить никакого вреда.

Принимая во внимание постоянный страх, который испытывал Кристофер перед сепарацией и потерей, наряду с проблема-

ми, связанными со сном, я предположила, что, по неясным причинам, его мать не смогла обеспечить ему базовые материнские функции защиты от подавляющих внешних и внутренних стимулов. Снотворные, которые он постоянно принимал, безусловно, играли роль переходного объекта, поскольку, очевидно, ему не хватало внутреннего материнского объекта, который мог бы позволить ему заснуть в безопасности. Как отмечает Винникотт (Winnicott, 1951), переживание чрезмерной стимуляции как результат неспособности матери обеспечить экранирующую функцию при частых повторениях будет способствовать созданию «ложного Я». В случае Кристофера это выражалось в форме псевдо-дефицита его интеллектуального функционирования и впоследствии приняло вид защит характера против психотических тревог, которые ему постоянно угрожали. Все это было направлено на то, чтобы скрыть преследующую его репрезентацию матери, в то же самое время оставляя без выхода значительные депрессивные аффекты, связанные с инфантильным гневом и оральными агрессивными фантазиями.

Я могу предположить, что когда эмоциональные связи подавляются, то этот раскол между психикой и соматикой может, соответственно, способствовать возникновению разрыва в связях между первичным и вторичным процессами. Некоторые пациенты, как Кристофер, обнаруживают, что они всегда верили, что функционировать психически не только запретно, но даже опасно, и поэтому необходимо избегать психического исследования аффективно-заряженных ситуаций любыми возможными средствами. В связи с нарушениями сна не происходит адекватной разрядки напряжения через галлюцинаторные сновидные образования, равно как и не возникает психической структуры, приводящей к психотическим нарушениям. Напротив, как правило, отмечаются нарушенные соматические проявления. Психика, как это было и раньше, приводится в движение регрессивно, чтобы использовать превербальные и архаические телесно-психические пути выражения. Сообщения, посылаемые психикой, представляют собой приказ о «борьбе» или «бегстве», но они дальше перерабатываются не больше, чем это имеет место в психике маленького ребенка при колебаниях примитивных инстинктивных состояний, связанных с напряжением. Таким

образом, только психологическая составляющая аффектов находит разрядку. Психика сделала то, что могла, и сделала это без слов.

Когда мы способны давать выход примитивным чувствам и фантазиям в сновидениях (когда мы разрешаем себе находиться во власти галлюцинаций) и в свободных снах наяву, то это может оберегать тело от реагирования бредовым способом, т. е. от реагирования путем соматических ответов, которые не подчинены какой-либо биологической потребности. В главе 8 у нас будет возможность проследить за аналитическим путешествием мужчины, который, впервые очутившись на приеме у аналитика, утверждал, что никогда в своей жизни и понятия не имел, что значит видеть сон.

Что же касается Кристофера, то можно выдвинуть интересную гипотезу, что он чувствовал потребность вернуться в аналитические отношения, чтобы разрешить себе увидеть так испугавшее его сновидение. В течение моего летнего отсутствия я также, без сомнения, пополнила когорту «матерей-убийц» в его внутреннем мире.

Не знаю, были ли мои интерпретации верными или нет (возможно, другие интерпретации его глубинных фантазий будут работать также хорошо) и выдержат ли мои теоретические концепции испытание временем или нет, но приступы колита у моего пациента прекратились. По мере того, как он становился более терпимым к своему внутреннему ребенку и более адекватным родителем для этого нарушенного ребенка, он перестал идентифицировать себя с отвергающей внутренней матерью. Он также начал разрешать себе видеть сны, которые могли более адекватно реализовывать свою функцию, что устранило проблему бессонницы. Постепенно он перестал реагировать, подобно обожженному ребенку, стал менее потерянным в ежедневной жизни и начал предвкушать вместе со своей женой появление третьего ребенка, поскольку для него не было уже необходимости сохранять это место для себя.

Глава 4

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПАРА: МАТЬ И РЕБЕНОК

Одна жизнь на двоих?

В этой главе описан определенный вид отношений между матерью и ребенком, напрямую связанных с серьезной соматизацией. С двумя пациентками, о которых я собираюсь здесь рассказать, я работала недолго. Обе страдали от одного и того же серьезного заболевания, и в обоих случаях его внезапная вспышка или обострение, по-видимому, имели непосредственную взаимосвязь с теми отношениями, которые каждая из этих женщин установила со своим единственным ребенком. Мы увидим, что и в том, и в другом случае имело место исходное нежелание матерей, у которых отмечались нарушения, обсуждать возможные психологические причины данного заболевания. Первичные интервью также выявили трудность — и, возможно, даже нецелесообразность — проведения психотерапии с такими пациентами. Первые две встречи произвели на меня сильное впечатление. У меня появилось несколько предварительных гипотез, для подтверждения которых была необходима дальнейшая клиническая работа.

Г-жа А. обратилась ко мне по настоянию гастроэнтеролога. Ее врач, с которым я не была знакома, прочитал несколько моих работ, посвященных психосоматическим феноменам в психоаналитической ситуации. Из направления, выписанного г-же А. этим специалистом, следовало, что последние три года она страдает от сильных приступов язвенного колита, а после второго сильного приступа необходимость хирургического вмешательства стала очевидна. В мой кабинет вошла стройная, элегантно одетая женщина. Она села ногу на ногу, производя впечатление совершенно невозмутимой. Наш разговор начался примерно следующим образом:

Г-жа А.: Мой доктор сказал мне, что я должна прийти к вам на прием, так как вы психоаналитик.

Дж. М.: Собирались ли вы обратиться к психоаналитику без этого направления?

Г-жа А.: Наверное, нет... я считаю себя более нормальной, чем многие люди из моего окружения. Но мой врач сказал, что язвенный колит в моем случае носит психологический характер.

Дж. М.: А что вы сами полагаете? Как вы думаете, у вас много психологических проблем?

Г-жа А.: Я очень доверяю своему лечащему врачу. И он обратил мое внимание, что второй приступ мог привести к летальному исходу. И все же я не понимаю, что лежит в основе моих проблем.

Я предложила ей поговорить о приступах и об обстоятельствах, при которых эти приступы проходили.

Г-жа А.: Первый приступ случился три года назад. Я выбивалась из последних сил, стараясь привести в порядок дела на своей новой работе, при этом на себя не оставалось ни одной свободной минуты. Но я люблю свою работу, и для меня это не проблема...

(Молчание.)

Дж. М.: Можете ли вы вспомнить какие-либо другие важные события, кроме новой работы?

Г-жа А.: Ну... э... это произошло как раз после того, как моя дочь переехала в Париж, чтобы продолжить там обучение.

Дж. М.: Что вы чувствовали в связи с ее отъездом?

(Молчание.)

Г-жа А.: Она так хотела защитить свою докторскую диссертацию (длительная пауза). Дочь — это центр моей жизни. Пока она не уехала, в ней и *была* вся моя жизнь.

Дж. М.: Должно быть, вы очень болезненно переживали ее отъезд?

Г-жа А.: Да нет... я никогда бы не стала останавливать ее.

Я почувствовала нежелание г-жи А. идти дальше в этом направлении, связанное, как мне показалось, с тем, как она услышала мой вопрос (ее ответ прозвучал так, как если бы я спросила: «Вы хотели остановить ее?»). Поэтому я постаралась создать поддерживающую атмосферу, в которой она могла бы ощущать себя в безопасности для исследования своих чувств в отношении потери «центра ее жизни», возможно, чувства, что сама ее жизнь ушла от нее.

Дж. М.: Понятно, вы хотели, чтобы дочка продолжала свое образование, но все же вам, наверное, было очень грустно, когда она уехала.

Г-жа А.: Это нормально, что наши дети продолжают свое обучение.

Не желая внедряться в то, что могло быть связано с невыразимой болью, я тогда предложила ей рассказать мне о втором приступе язвенного колита, который чуть не «свел ее в могилу». (Мой невысказанный вопрос звучал следующим образом: «Не стала ли ее дочь еще более потерянной для нее?»)

Г-жа А.: Второй приступ? Ну да... Бизнес быстро развивался, но при этом становилось все сложнее одной со всем управляться, и я чувствовала, что мне необходима помощь. Я просто была не в состоянии самостоятельно решить все свои проблемы.

Дж. М.: Что-то еще важное случилось в тот период?

Г-жа А.: Сейчас вспомню... Да, это произошло как раз вскоре после того, как моя дочь вышла замуж.

Дж. М.: Что вы почувствовали?

Г-жа А.: Я была очень рада, правда. Что поделаешь... дети вырастают и создают свои семьи. Она знала его всего несколько

недель, потом они поженились, но мне кажется, что она встретила правильного мужчину.

Дж. М.: Вам нравится ее муж?

Г-жа А.: Ох, я едва знакома с ним. Он югослав. Они живут в Белграде. Я, наверное, никогда ее больше не увижу.

Я подумала, что дочь г-жи А. установила серьезную дистанцию в отношениях со своей матерью, и я хотела понять, действительно дочери г-жи А. была настолько невыносима бессознательная потребность ее матери в том, чтобы дочь была всей ее «жизнью». Я ограничилась лишь замечанием, что ее дочь тем не менее осталась очень важным человеком в ее жизни. На что она ответила, что это естественно, поскольку матери всегда привязаны к своим детям, но потом заметила, что сама целых двадцать пять лет состояла в несчастливом браке и делала это исключительно ради дочери. На самом деле она никогда не любила своего мужа, но ее родители приветствовали этот брак; и хотя ее муж много работал, он все же зарабатывал меньше, чем она, при этом много пил, и его всегда больше интересовали друзья, нежели собственная семья.

У г-жи А. не возникало трудностей с описанием того, что ее раздражало в супружеских отношениях. По контрасту с этим она, казалось, была совершенно не способна анализировать свои эмоции по поводу своих взаимоотношений с дочерью, ее решения продолжить обучение в Париже или неожиданного желания выйти замуж. Она устранила любые ссылки на свои чувства в связи с этими двумя событиями, и после каждого из них у нее случались приступы язвенного колита. Казалось, она не усматривала никакой связи между своим заболеванием и сепарацией с дочерью и в этой связи упоминала только о постоянной занятости на работе. Это словно указывало на то, что у нее не было времени беспокоиться о чем-то еще; как если бы она не оставляла места чувствам печали или гнева по поводу потери дочери для нее самой — дочери, для которой, как она считала, ей пришлось целых двадцать пять лет приносить себя в жертву как женщину.

Я повторила ей то, что она уже рассказала мне: хотя она заполнила все дни тяжелой работой, брак ее дочери и отъезд

за границу ощущались ею как потеря очень дорогого для нее существа, что переживалось особенно остро, особенно потому что в отношениях со своим мужем она чувствовала отсутствие любви. Я также добавила, что эта ситуация могла быть эмоционально болезненной. Она внимательно посмотрела на меня, как будто пытаясь ухватить значение моих слов, а затем сказала так, как если бы это было постыдное признание, что «чувствует потребность любить и быть любимой».

Затем последовала долгая пауза.

Г-жа А.: Могу я обсудить с вами очень важный *личный* вопрос?

Дж. М.: Конечно.

Г-жа А.: Мне нужна была помощь по работе. Я недавно открыла два новых филиала, и один мужчина предложил свои услуги в качестве помощника. Он очень умен и тонко чувствует ситуацию, несмотря на то, что молод. Я серьезно задумалась о том, чтобы взять его в компаньоны.

Потом она, с трудом преодолевая волнение, рассказала мне о том, что у него возникли к ней сильные чувства, и она ответила ему взаимностью. Впервые в своей жизни она познала страсть в объятиях мужчины. У нее возникло непреодолимое желание оставить своего мужа, с которым она была несчастлива, и начать новую жизнь с молодым любовником. Это плохо — иметь подобные мысли? Я сказала ей, что такое решение может принять только она сама, и спросила, почему ей требуется чье-то одобрение.

Г-жа А.: Я бы хотела оставить мужа, а ему было бы все равно. Но такой вариант даже не рассматривается. Я не могу уйти.

Дж. М.: Могли бы вы рассказать мне больше об этом?

Г-жа А.: Я ужасно боюсь того, что обо всем этом подумает дочь!

Дж. М.: Какое отношение к вашему решению имеет дочь?

Г-жа А.: Дочери никогда не хотят, чтобы их матери разводились. Разве не так?

Дж. М.: Может быть, проблема не в этом. Ваша дочь — взрослая женщина. Вы считаете, что решения по поводу вашей личной жизни должна принимать ваша дочь?

Г-жа А.: Ну... да... Я никогда не задумывалась об этом. А что бы чувствовали другие матери в подобной ситуации?

Дж М.: Возможно, нам следует провести различие между вами как матерью и вами как женщиной?

Г-жа А.: Ох, мне кажется, я понимаю, что вы имеете в виду! (В ее голосе чувствовалось некоторое изумление.) На самом деле это не имеет никакого отношения к моей дочери. Так?

(Молчание.)

Г-жа А.: Вот только один момент... теперь я понимаю, что это глупость, но я должна рассказать об этом вам. Мой врач настаивает на том, что язвенный колит носит психосоматический характер. Я боялась, что мои отношения с этим мужчиной могут привести к еще одному приступу.

Дж. М.: Как если бы приступ был наказанием?

Г-жа А.: Совершенно верно! На самом деле мне кажется, это было главной причиной моего обращения к вам. Но теперь я уже начинаю по-другому смотреть на вещи. Я считала, что нехорошо вела себя в отношении дочери, что своими отношениями с тем мужчиной я что-то отнимала у нее.

Дж. М.: Как если бы вы не могли одновременно любить этого мужчину и при этом сохранять свои прежние чувства к дочери?

Г-жа А.: Да. Сейчас я понимаю, что это было совершенно нелепо.

Дж. М.: Мысли, в отношении которых мы имеем сильные чувства, никогда не бывают «совершенно нелепыми». Даже если они ошибочные, они имеют определенное значение.

Теперь, когда она сумела выразить словами свои фантазии о том, что язвенный колит был для нее способом самонаказания за сексуальные желания, я смогла показать ей, что где-то глубоко внутри она верила, что не имеет права получать удовольствие от любовных отношений. Она согласилась с этим, а потом сказала, что эти новые отношения стали для нее одним из самых больших открытий в ее жизни. Ни в детстве, ни в подростковом возрасте ей никогда не приходило в голову, что этого можно ожидать с желанием. Она думала, что если даже любовь и сексуальные удовольствия существуют, то это не для нее.

Потом г-жа А. смогла рассказать мне о своей тесной связи с *собственной* матерью. Она нарисовала идеализированный пор-

трет, в котором детали, выявляющие крайне негативные чувства, казалось, были полностью исключены из ее сознания. Для меня стало очевидным, что мать наделяла свою дочь многими характеристикам своей матери, а также приписывала дочери материнскую роль. Она смогла начать воспринимать свою дочь лишь после того, как та покинула отчий дом, и за этим могла скрываться абсолютная неспособность сепарироваться от своей собственной матери; возможно, даже признать то, что она и ее мать не один и тот же человек. Когда был разорван психический образ пары, который она создала со своей дочерью, казалось, образовалась дыра в ее бессознательном образе себя. Она не была способна вынести или даже позволить себе признать те чувства, которые возникли у нее от этого, и она, впав в отчаяние, погрузилась во все усиливающуюся профессиональную активность, в то же время провоцируя ужасные приступы колита, едва не лишившие ее жизни. Но ее психика ничего не знала об этом, и только тело в отчаянии взывало о помощи.

Мы обсудили дополнительно ее взаимоотношения с матерью, а также с дочерью как заместителем матери и поговорили о неосознаваемой ею ранее тенденции сделать их ответственными за свою взрослую жизнь и благополучие, как если бы она все еще была маленьким ребенком. Она ответила: «Вы помогли мне впервые увидеть ясно мою ситуацию. Думаю теперь я уже смогу делать собственный выбор своей женской судьбы. Все-таки я уже не ребенок!»

Далее она заметила, что теперь абсолютно убеждена в том, что ей не нужна психотерапия. Я чувствовала, что она будет способна продолжать самостоятельно размышлять о *невротических* аспектах своих отношений. Однако оставались более серьезные тревоги, которые прятались за ее угрожающим психосоматическим заболеванием. Но было совершенно очевидно, что она не хотела больше ничего анализировать. За этими психосоматическими проявлениями наверняка можно было увидеть много примитивных тревог, связанных с эмоциями гнева и ужаса быть оставленной, о которых она ничего не знала. Кроме того, именно они отчасти были причиной того, что ее лечащий врач посоветовал ей обратиться к психоаналитику. Ему не было известно о ее невротических проблемах права принимать

свои собственные решения в своей любовной жизни. Именно в этом, как она сейчас признавала, была единственная причина того, почему она согласилась обратиться ко мне.

Так как г-жа А. была непоколебима в убеждении, что ей не нужна психотерапия, и ставила под сомнение необходимость проведения второго интервью, я почувствовала, что должна с уважением относиться к ее решению. В конце концов, возможно, она знала лучше, что ей нужно. Из того, что я наблюдала в ее способах психического функционирования, я предположила, что она выстроила мощные защиты против архаических тревог, связанных как с фантазиями по поводу телесного и психического разделения, так и против осознания других примитивных эмоциональных состояний. Рассмотрение этих структур без явного желания с ее стороны могло быть опасным. В то же самое время я опасалась, что если между ней и ее любовником произойдет какой-то разлад, это может бессознательно пробудить примитивные тревоги, исходно связанные с сепарацией от матери, подобно пути, в котором они были, без сомнения, реактивированы с ее дочерью.

Я просто попросила ее не забывать о том, что значимые для нее отношения, возможно, пробуждали в ней более сильные и интенсивные чувства, чем она осознавала. Я посоветовала ей в случае возникновения любых напряжений или сложностей в отношениях между ней и ее другом постараться размышлять о том, что она чувствует, а не просто убегать в работу, что всегда было для нее проверенным способом справляться с душевной болью. Она не должна позволять своему телу чувствовать все и думать обо всем без ее участия. На что она ответила мне: «Если это и произойдет, а все пары когда-нибудь расходятся, я обязательно свяжусь с вами». Через год я получила от нее письмо, в котором она сообщала, что прекрасно себя чувствует, а также, что у нее все складывается благополучно как в карьере, так и в личной жизни.

В течение двадцати лет г-же А. удавалось оставаться в абсолютном неведении о тех жестких требованиях, которые она предъявляла своей дочери, чтобы сделать свое собственное ощущение Я более целостным и чтобы чувствовать, что ее жизнь имеет какой-то смысл. Кроме того, она совершенно не осознава-

ла своего гнева и отчаяния, когда ее взрослая дочь в стремлении к взрослой жизни – образованию и браку – покинула мать, оставив ее в несчастливом браке. Мы можем сказать, что г-жа А. начала осуществлять «психосоматическую» работу горя в связи с невыносимой утратой. Психически кровоточа (приступы колита), ей все же удалось найти того, кому, возможно, удастся залечить ее раны, но она должна была подойти очень близко к смерти, прежде чем это решение могло быть найдено. То, что она смогла открыть свою «потребность быть любимой», а также поставить под сомнение кажущийся неудачным брак,— свидетельствовало, что она установила контакт со своей психической реальностью. Но она мало интересовалась своим внутренним Я, безусловно, из-за своего сопротивления тому, что, как она подозревала, могло вскрыться.

А теперь давайте перейдем к другой «психосоматической паре», в которой прослеживаются иные аспекты зависимых отношений мать-ребенок с психосоматической точки зрения. Здесь мы обнаружим сильное трагическое влияние фантазии о смешанной идентичности на обоих партнеров диады.

По совету одного из моих коллег г-жа В. позвонила мне и сказала, что ей необходимо срочно поговорить с кем-то по поводу ее сына. Она настаивала на том, что проблема настолько сложная, что она ничего больше не может сказать мне по телефону.

> **Г-жа В**.: Всю свою жизнь я беспокоилась о Бобби. Он очень умный, но всегда был таким нервным. Я не могла отпускать его в летние лагеря, как делали родители других детей. Теперь, конечно, он поступает так, как считает нужным.

К своему удивлению, я узнала, что Бобби двадцать восемь лет! Когда г-жа В. покинула США, так как ее мужа направили на работу в Париж, Бобби уже исполнилось десять лет. Ему никогда не нравилось жить во Франции, и, уже повзрослев, он постоянно твердил о возвращении в Штаты.

> **Г-жа В**.: Я все время готовила с ним его школьные уроки, и «мы» действительно добивались хороших результатов. Но у него

всегда были проблемы со сном, и он неохотно проводил время с другими детьми. Он страдал избыточным весом, а дети дразнили его «жирным».

Когда я спросила г-жу В., почему ко мне пришла она, а не Бобби, она совершенно спонтанно начала рассказывать о себе.

Г-жа В.: У меня не очень хорошее здоровье, и мне следует быть осторожной. Почти всю свою жизнь я страдала от хронического язвенного колита. Когда я начинаю нервничать, мое состояние ухудшается. Приступы случаются внезапно, но проходят. Обычно мне удается контролировать свое состояние с помощью лекарств. В возрасте двадцати одного года Бобби нашел очень хорошую работу в Штатах. Вскоре после его отъезда у меня случился очень сильный приступ язвенного колита. Врачи думали, что я умру, и связались с ним. Конечно, он сразу же вернулся, и чудесным образом кровотечение прекратилось через два дня! Больше он уже никуда не уезжал.

Потом г-жа В. рассказала о причине своего визита ко мне. Недавно она узнала от одной своей знакомой, что ее сын употребляет героин. Его работа в артистической среде «предоставляла ему слишком большую свободу», с точки зрения матери. Всякий раз, когда она пыталась узнать у него, как дела, он злился, а недавно пришел в «необъяснимую ярость», потому что она спросила девушку, с которой он жил, как у него дела. Она добавила, как будто речь шла еще об одном симптоме, что у них есть годовалый сын. Когда я сказала г-же В., что вряд ли что-то можно сделать, если ее сын, который уже давно не ребенок, не видит оснований консультироваться с кем-либо, она выглядела очень расстроенной. Я поинтересовалась, не хочет ли она поговорить о своей собственной тревожности в отношении него, а также чувстве, что она не может контролировать его действия. Однако у г-жи В. не возникало желания затрагивать этот вопрос. Создавалось впечатление, что она уже рассказала мне все, что собиралась. Я попробовала высказать предположение, что наши взаимоотношения с детьми иногда очень похожи на взаимоотношения с нашими родителями. Потом она призналась, что ее собственная мать, кото-

рая умерла незадолго до того, как она (г-жа В.) вышла замуж, была замечательной женщиной, которая находила выход из любой проблемы. (Я предположила: возможно, она обратилась ко мне в надежде на то, что я буду действовать в данной ситуации, как ее мама?) Я дала ей адрес лечебного центра и назвала имена нескольких специалистов на тот случай, если ей удастся убедить сына обратиться за помощью, а также посоветовала ей посетить организацию, где она сможет встретиться с другими матерями, имеющими подобные проблемы.

Впоследствии мой коллега сообщил мне, что г-жа В. не последовала рекомендациям ни в отношении помощи ее сыну, ни в отношении ее самой. Хотя было очевидно, что г-жа В. очень беспокоилась о своем сыне, эта новость меня не удивила. Бобби был в некотором смысле ее «симптомом», но она была не способна рассматривать свои отношения с Бобби в этом ключе или предпринимать определенные шаги, которые могли действительно помочь Бобби получить необходимую помощь. Вместо этого она усилила давление на Бобби, чтобы он вернулся жить к ней. Через два года я узнала, что Бобби покончил с собой, а у г-жи В. было все в порядке. Девушка Бобби обратилась к ней за финансовой помощью (которую она была в состоянии оказать), но она предложила молодой матери найти работу, а сама тем временем взяла на себя полную заботу о сыне Бобби.

Хотя я никогда не встречалась с Бобби и имела лишь одну короткую встречу с его матерью, известие о его самоубийстве повергло меня в состояние глубокой печали. В моей памяти сразу всплыло то трудное интервью с г-жой В. В том, как развивались события, казалось, можно было усмотреть действие злого рока, как если у Бобби и его матери могла быть только одна жизнь на двоих.

Обе пациентки — и г-жа А., и г-жа В. — ощущали себя «раздираемыми на части», когда их единственный ребенок, став взрослым, покинул семью (в обоих случаях уехал в другую страну). Те отношения, которые они поддерживали со своими детьми, были мне хорошо знакомы, поскольку у меня уже был опыт работы с другими пациентами, имеющими серьезные соматические нарушения. В предыдущих работах я уже обращала внимание на подобные отношения, определяя их как

«мать-бездна и ребенок-пробка» (McDougall, 1982a, ch. 4). В случае, который представлен в той главе, было показано психоаналитическое путешествие такого «ребенка-пробки», поскольку именно он, а не его мать страдал от психосоматического расстройства. В таких отношениях, для которых характерно слияние, существует вероятность, что ни мать, ни ее ребенок не могут в полной мере психически владеть своим телом или своим индивидуальным Я и что они оба находятся под потенциальной угрозой возникновения психологических или психосоматических симптомов.

Поскольку у меня не было возможности встретиться со взрослыми детьми г-жи А. и г-жи В., я не знаю, какие чувства *они* испытывали по поводу подобной тесной связи со своими матерями, я также не могу определить, могла ли эта связь повлиять на решение дочери г-жи А. выйти замуж и проживать вдали от своей семьи, а в случае с сыном г-жи В. стать последней каплей в принятии решения о самоубийстве. Тем не менее в следующей главе у нас появится возможность проследить психоаналитическое путешествие взрослой пациентки, мать которой (как считала ее дочь) очень часто демонстрировала подобные проявления материнской заботы, о чем говорили г-жа А. и г-жа В. в отношении своих детей. Во всех трех случаях, очевидно, важным фактором было то, что каждая мать утверждала, что, она никогда не хотела иметь больше одного ребенка, как если бы этому одному ребенку была уготована участь исполнить некое особое предназначение для своей матери, что, возможно, должно было как-то заделать серьезные дыры в ощущении матерью индивидуальной идентичности. Именно эта проблема заставляет нас рассмотреть взаимосвязанные проблемы, касающиеся трех поколений.

Глава 5

О СНЕ И СМЕРТИ

Выше я уже отмечала, что для матери совершенно естественно относиться к своему новорожденному ребенку как нарциссическому продолжению самой себя и ощущать слияние с ним. Это позволяет ей интерпретировать возможные стрессовые состояния ребенка и, соответственно, понимать его чувства или потребности. Этим же путем матери интуитивно стремятся защитить своих детей от подавляющих стимулов извне. Но некоторые матери (такие, как г-жа А. и г-жа В., о которых мы говорили в предыдущей главе) продолжают по бессознательным причинам относиться к своим детям как к части самих себя и после того, как дети вышли из младенческого возраста. При небольшом потенциальном психическом «пространстве» между матерью и ребенком (что может иметь место, когда мать испытывает тревогу и ей необходимо контролировать мысли, эмоции и фантазии своего ребенка) растущий ребенок будет ощущать нехватку этого жизненного пространства и может испытывать трудности с организацией собственной психической реальности и с исполнением функций заботы в отношении самого себя.

Такие нарушения в общении между ребенком и матерью зачастую становятся очевидными уже в первые месяцы жизни. Ребенок постоянно выражает психологический конфликт психосоматическими дисфункциями, самые ранние проявления которых выражаются в изменении одной из основных физиологических функций — дыхания, пищеварения, опорожнения кишечника и сна. Психосоматические нарушения у ребенка могут проявляться в любой из этих базовых функций, но я буду

останавливаться здесь только на нарушениях сна у младенцев. Этот выбор обусловлен рядом причин: бессонница у младенцев — достаточно распространенное явление; цикл сна и бодрствования является чувствительным помошником для раннего развития Эго; в способности засыпать и оставаться спящим мы обнаруживается самый ранний прототип психической активности; наконец, эта способность является самой яркой иллюстрацией психического функционирования у младенцев и рассматривается исследователями как модель, на основании которой выявляется ранняя психосоматическая патология (Fain, Kreisler et Soulé , 1974).

Угрожающая жизни бессонница у грудных детей проявляется обычно в первые недели; такие дети спят только три-четыре часа в сутки. Многие из них также демонстрируют моторную разрядку самодеструктивного характера, когда они причиняют себе физический вред. Способность спать, как и способность видеть сны, не может быть редуцирована до исключительно нейробиологического уровня функционирования. (В случаях, которые исследовались авторами, указанными выше, один из которых был известным педиатром, во-первых, принимается во внимание подробный предварительный анализ органических нарушений; во-вторых, условия жизни: шум или неподходящее питание, которые могут мешать нормальному сну ребенка; в-третьих, нарушения психо-эмоционального характера.) И хотя в первые недели жизни сон и пробуждение тесно связаны с биологическими потребностями (т.е. ребенок пробуждается от чувства голода и засыпает от удовлетворения), процесс засыпания и в особенности непосредственно то, что поддерживает сон, должны *либидинозно инвестироваться,* если мы хотим, чтобы ребенок был здоров не только физически, но и психически. И процесс засыпания, и процесс сна как такового должены быть переживаемы как активность, которая приносит младенцу внутреннее ощущение комфорта и удовольствия. В противном случае, если ребенок переживает засыпание как состояние мучительной брошенности, то существует определенный риск возникновения нарушений, связанных со сном.

Фэн (Fain, 1971; Fain et al., 1974) выделяет две формы детских сновидных паттернов. Первый паттерн ведет ребенка че-

рез ощущение удовлетворенности и слияния с матерью к либидинозному состоянию внутреннего спокойствия, что мы, следуя терминологии Фрейда, можем назвать первичным нарциссизмом (Freud, 1900). Второй сновидный паттерн — это сон, которому предшествует опыт фрустрации, стресса и болезненного напряжения, когда ребенок засыпает в полнейшем изнеможении. Последний паттерн является исключительно физиологическим сном, в то время как первый глубоко пронизан либидинозными и нарциссическими элементами.

На основании результатов исследования психологии сновидений Фрейд (Freud, 1900) утверждал, что когда мы засыпаем, одна часть либидо отказывается регрессировать в бессновидное состояние первичного нарциссизма. Эта часть запускает галлюцинаторный процесс, который является сущностью сновидения. Его функция, согласно теории Фрейда, состоит в том, чтобы иметь дело с фрустрированными потребностями и возбуждающими или пугающими желаниями, которые в противном случае будут мешать человеку спать. Следует принимать во внимание тот факт, что нейробиологические условия галлюцинаторной активности есть у ребенка с самого рождения, и даже до рождения, поскольку у эмбриона можно также зафиксировать REM[1] циклы. На основании этого мы можем предположить, что серьезная бессонница у младенца — это признак того, что он не в состоянии использовать биологически запрограммированный естественный либидинозный и нарциссический уход от мира. Если органические проблемы и условия окружающей среды, которые могут вызывать подобные нарушения, педиатром исключаются, он, вероятно, предположит, что имеет дело с патологией в отношениях между родителем и ребенком.

В данном контексте мы можем задаться вопросом: почему некоторые дети оказываются неспособны интернализировать материнскую роль хранителя сна. Вместо этого эти беспокойные дети постоянно стремятся найти во внешнем мире источник либидинозного и нарциссического удовлетворения,

---

[1] REM циклы (rapid eyes movement) — период быстрых движений глаз во время сна.— *Прим. пер.*

которое должно царить в их внутреннем психическом мире. Психическая энергия, находящая свое выражение в либидинозной и направленной на объект активности, оказывает дезорганизующее воздействие как на психологическом, так и на соматическом уровне развития, что может даже привести к летальному исходу. Ребенок без конца плачет, трясется и бьется головой, и этот замкнутый круг прекращается только тогда, когда мать берет его на руки и начинает укачивать. Исследования Фэна, Крэслера и Суле (Fain, Kreisler et Soulé, 1974) показывают, что такие матери демонстрируют две разные модели отношения к детям. С одной стороны, есть матери, у которых отмечается чрезмерная нарциссическая заинтересованность своими детьми, что приводит к постоянной чрезмерной стимуляции. С другой стороны, существуют матери, проявляющие явно неадекватный интерес к своим детям, что приводит к чрезмерной фрустрации. Некоторые матери колеблются между этими двумя полюсами, погружая ребенка в очевидно непоследовательное состояние.

Основываясь на исследованиях, в которых рассматривались проблемы нарушения сна у грудных детей, можно сделать следующий вывод: как только будут исключены органические и внешние факторы, качество нарциссического инвестирования матерью своего ребенка будет определять качество его сна. Когда разрушается интернализация квазислитой вселенной мать–младенец, физиологические потребности ребенка остаются без внутреннего либидинозного связующего звена, что препятствует их нормальному функционированию.

Резюмируя вышесказанное, следует отметить, что если ребенок может спать только тогда, когда мать качает его на руках, он оказывается не в состоянии построить такой внутренний образ матери, который позволит ему спокойно и нормально спать после кормления. Для того чтобы сон был нормальным, внутренний мир матери должен быть таким, чтобы она не только осуществляла нарциссическое слияние со своим ребенком, пока он находится на грудном вскармливании, но и хотела, чтобы ее ребенок мог обходиться без нее определенное количество часов. Это подразумевает также, что для этой матери важное значение имеют и другие аспекты ее взрослой жизни —

любовные отношения, профессиональные или домашние интересы, социальная жизнь.

Если ребенку суждено стать единственным объектом либидинозного и нарциссического удовлетворения для матери, существует большой риск возникновения нарушений в раннем возрасте; можно также прогнозировать возникновение разного рода проблем на более поздней стадии переходных феноменов, описанных Винникоттом (Winnicott, 1951). Это, в свою очередь, будет предрасполагать к созданию того, что я называю «патологическими переходными объектами» (McDougall, 1982a). Они могут принимать форму аддиктивных нарушений, аддиктивных отношений и перверсного, или аддиктивного, сексуального поведения. Аддиктивные паттерны стремятся уничтожать психическую боль и психический конфликт, как мать делала это в младенчестве. Они также представляют собой магические попытки заполнить пустоту во внутреннем мире, в котором отсутствует самоуспокаивающая репрезентация материнской фигуры, и восстановить хотя бы на короткое время примитивный диадический идеал, в котором прекращается всякое аффективное возбуждение.

Аддиктивная психическая экономика иногда объединяется с психосоматическим дисфункционированием, поскольку обе тенденции имеют сходные истоки. Далее я рассмотрю психоаналитическую виньетку, взятую из терапии пациента, чьи симптомы включали бессонницу на протяжении всей жизни, экзему и начальную стадию алкоголизма уже в зрелом возрасте. Этот случай может служить иллюстрацией далеко идущих последствий, к которым приводит отсутствие ранней интернализации заботящегося материнского интроецированного объекта.

Ниже приводятся записи, сделанные мною во время первичных интервью.

София, 26 лет, психиатр, занимает довольно серьезную для своего возраста должность. Причиной обращения за помощью, которую она хотела получить как можно быстрее, были депрессия и прогрессирующий алкоголизм. Ее проблемы с алкоголем начались в ранний подростковый период. Примерно в возрасте одиннадцати лет она воровала у родителей виски и выпивала всякий раз, когда у нее возникало напряжение или беспокойство.

Она полностью погружена в работу с пациентами, которых лечит в госпитале, но боится, что ее напряжение и потребность снимать это напряжение алкоголем могут оказывать негативное влияние на ее работу. Она уже дважды попадала в серьезные аварии из-за того, что садилась за руль в нетрезвом виде.

Она также старается понять причины своих любовных неудач. Будучи исключительно гомосексуальной, она совершенно не пытается вступать в гетеросексуальные отношения, но мечтает о создании более стабильных связей. Каждая ее любовная связь терпит фиаско. Она всегда предъявляет завышенные требования к своим партнершам, претендует на их личное время, старается как-то «переделать» их, «восстановить то, чего им не хватало в детстве», а порой даже «стремится унизить» их по причинам, которых она не понимает. Рассказывая о своей сексуальной жизни, она добавляет, что для нее важно только удовольствие, которое получает ее партнерша. Ей же просто невыносимы какие бы то ни было ласки. Присутствие любовницы ночью для нее очень важно, поскольку *она совершенно не в состоянии заснуть, находясь в одиночестве*.

Так мы пришли к разговору о ее бессоннице. Сколько она себя помнит, у нее всегда были проблемы со сном. Очень часто, как только ей удавалось заснуть, она просыпалась от чувства ужаса, но при этом она не помнила, что были какие-то сновидения. Родители Софии сообщили ей о том, что проблемы со сном начались у нее еще в раннем детстве. «Мама рассказывала мне, что никогда не могла уложить меня спать. Я сразу же начинала кричать. Она говорила, что я никогда не могла заснуть сама, она должна была качать меня на руках». Родителям Софии в течение шести месяцев после ее рождения редко удавалось спокойно поспать, потому что их дочь всегда кричала, царапала себя и металась в своей кроватке. Со временем ее состояние несколько улучшилось (бессонница имела место все реже и реже), но всегда ее сон был поверхностным. В детстве она также страдала от приступов астмы, и у нее была аллергия на целый ряд продуктов питания, но когда девочке исполнилось десять лет, эти симптомы исчезли.

Эти воспоминания натолкнули Софию на разговор о ее родителях. Она была единственным ребенком в семье. Отец, ита-

льянец по происхождению, вырос в рабочей семье, а мать, француженка,— в буржуазной среде. Оба родителя имели жесткое католическое воспитание. Ее отец придерживался особенно строгих правил в отношении сексуальных вопросов. (Впоследствии я узнала от Софии, что ее отец часто с гордостью вспоминал о том, как однажды публично ударил свою семнадцатилетнюю сестру за то, что та и некий молодой человек держались за руки.) «Достаточно рано я поняла, что в представлении отца, все женщины — зло». Шли годы, и бизнес ее отца стал приносить серьезную прибыль. «Он был очень щедрым, предлагал мне деньги, но у меня было такое чувство, что таким образом он пытался купить мою любовь... Он уделял мало внимания моей матери, как будто перекладывал ответственность за мать на меня. Всякий раз, уходя куда-то, он говорил мне, чтобы я позаботилась о матери, что теперь роль мужчины в семье выполняю я, так как он устал выполнять все ее бесконечные просьбы. Кроме всего прочего, он дал мне денег на покупку квартиры, в которой я в настоящее время проживаю, но я собираюсь полностью вернуть ему этот долг!»

Мать Софии постоянно подчеркивала, что статус семьи отца был значительно ниже, чем статус ее собственной семьи. Так же как и отец, мать Софии постоянно позволяла себе неодобрительные высказывания о сексуальных и любовных отношениях, а также о «женской участи». «По-видимому, родители ожидали, что я буду вести бесполую жизнь. Когда я сообщила им о своей гомосексуальной ориентации, отец отнесся к этому с презрением, а мать приняла это очень спокойно». Со слов Софии, ее мать все время была обеспокоена тем, поела ли ее дочь, не испачкалась ли, была озабочена ее туалетным воспитанием. В детстве и в подростковом возрасте Софии, по непонятным причинам, часто делали клизмы и давали специальные препараты. Ее мать постоянно упоминала о тех сложностях, с которыми приходится сталкиваться в процессе воспитания детей. До рождения Софии она была беременна двумя мальчиками-близнецами, которые появились на свет мертворожденными. «Она поклялась себе, что после моего появления на свет у нее больше не будет детей». (Впоследствии стало ясно, что София верила, что она родилась

не того пола и, кроме этого, имела фантазию, что она должна быть равна двум мальчикам.)

Когда я в конце нашего второго интервью спросила Софию о том, хочет ли она рассказать мне что-то еще, она ответила, что последние десять лет ее мучит экзема, о которой она не считала целесообразным упоминать ранее. Ее неохотное заявление об этом остановило мои дальнейшие вопросы об экземе, хотя я должна признать, я была заинтересована узнать больше, так как у меня уже был другой пациент, также гомосексуальной ориентации, первая вспышка экземы которого совпадала по времени с моментом его вступления в гомосексуальные отношения. Это позволило мне выдвинуть несколько гипотез, о которых я рассказала в другой книге (McDougall, 1982a, ch. 1).

По результатам этих первичных интервью я предположила, что оба родителя Софии страдали от серьезного внутреннего стресса и невротической тревоги, а ее мать, возможно, пыталась справиться с психотическими тревогами, прикрепленными к телесным функциям, путем проекции их на дочь. Вне зависимости от того, были ли мои догадки верными или нет, София именно так ощущала внутренние образы своих родителей. Соответственно, несмотря на то, что родители так раздражали ее своими вторжениями и постоянно предъявляемыми к ней требованиями, большую часть своей жизни она потратила, стараясь «исправить» их. Она была не только прилежным «семейным доктором» для своих родителей и многочисленных родственников, но, как я поняла впоследствии, выбор ею профессии и сексуальных предпочтений был также бессознательным ответом на то, что, как она чувствовала, они требуют от нее.

Ее интеллект и глубокие страдания способствовали тому, что я согласилась проводить с ней анализ, хотя в глубине души я сомневалась в результативности терапии, учитывая весь тот архаический ужас, который я ощущала на заднем плане ее манифестной симптоматики.

Прошло несколько месяцев, и мы приступили к анализу. Мы встречались четыре раза в неделю на протяжении шести лет. К концу первого года София позволила себе рассказать о первой вспышке экземы. Свой первый сексуальный опыт она приобрела в школе, вступив в интимную близость с любимой

школьной учительницей. На следующий день ее правая рука от кисти до локтя покраснела и покрылась множественными высыпаниями, что сопровождалось сильным зудом. Через неделю семейный доктор поставил диагноз экзема. Впоследствии высыпания на правой руке время от времени повторялись, но их никак нельзя было связать с каким-либо особым переживанием, как это было в первый раз. Безусловно, София интерпретировала сыпь как соматическое наказание за ее сексуальную вину. Наряду с тем, что не было сомнений в достоверности этой интерпретации, в процессе анализа мы также выяснили, что обострение экземы у Софии совпадало не только с приведением в действие запретных инцестуозных желаний (ее любовницы играли роль матери, которая была объектом ее младенческих желаний и постоянно держала ее на руках), но и, возможно, прежде всего с неожиданными вспышками злости и деструктивного гнева в отношении своих любовниц. Наряду с этими проявлениями мы выяснили, что София искала в своих партнершах идеализированный образ матери, в то время как сильная ненависть была отщеплена и не признавалась.

Когда Софии казалось, что я не могла обеспечить ей внутреннее спокойствие и уверенность в так необходимом ей праве жить и любить, ее гнев обращался на аналитические отношения. Мы обнаружили происхождение этих трансферентных проявлений во многих воспоминаниях Софии о ее взаимоотношениях с матерью. Имея идеализированный образ преданной матери, она добавила к нему вторую репрезентацию, основанную на убеждении в том, что ее мать «хотела полностью физически и психически контролировать ее». Однажды, рассказывая мне о том, что ее мать интенсивно занимается изучением других языков, она сказала: «Мою мать интересуют только мертвые языки... я думаю, это именно тот язык, который она приберегла для меня... Она ожидала от меня не то, что я займу место среди живых, а что буду жить внутри ее головы».

Приблизительно в это время София вспомнила еще одну важную деталь, относящуюся именно к периоду бессонницы: для того, чтобы заснуть, ей было необходимо, чтобы рядом находился партнер женского пола. «Мне было девять лет, когда родители отвели мне отдельную комнату. Она была как раз

напротив их спальни, и мать никогда не позволяла мне закрывать мою дверь. На своей двери, тоже всегда открытой, она повесила зеркало, которое позволяло ей в любое время видеть меня и контролировать, что я делаю и сплю ли я. Она сохраняла это наблюдающее зеркало вплоть до подросткового периода. После того первого опыта гомосексуальных отношений я каждый вечер, перед тем как отправиться спать, со всей силы захлопывала дверь своей комнаты». Она заключила: «Я знаю, что она любила меня, но в то же самое время ее железные пальцы выдавливали жизнь из меня». Эти воспоминания отражали ту любовь и ненависть, которые София испытывала к матери. Она одновременно требовала этого постоянного внимания и боялась его как смертельного порабощения. Было очевидно, что любящие и железные руки желали не только заботиться и владеть, но также душить и мучить.

Подобные чувства вряд ли можно считать исчерпывающим объяснением экземы Софии, которую нельзя считать истерическим симптомом. Тем не менее, учитывая тот факт, что экзема проявлялась только на руках, можно предположить здесь проявление символизма примитивного прегенитального типа. Возможно, здесь опять же мы имеем дело с архаической формой истерии, в которой вербальные связи и консолидированный образ тела играют незначительную роль. Возможно, если бы София имела доступ к своим агрессивным и жестоким фантазиям на вербальном уровне, она бы не страдала от этого симптома.

Говоря о чувствах отвержения и заброшенности, которые она испытывала в своих отношениях с любовницей, София делала такие движения, как будто бы она царапала свои руки. Здесь, явно прослеживалось желание схватить что-то руками. Это навело меня на мысль: не переживала ли она таким образом снова в своем теле чувства, которые она испытывала в грудном возрасте, когда царапала себя в своей детской кроватке, отчаянно ища потерянную мать? Как бы то ни было, но по мере того, как основные моменты, связанные с гневом и ужасом, которые она приписывала своим отношениям с матерью, смогли найти свое выражение в словах, экзема постепенно ушла и не возвращалась в течение оставшихся лет анализа.

Алкоголизм Софии также представлял собой попытку убежать от невыносимых эмоциональных состояний гнева и брошенности, которые она не могла ни выдерживать, ни анализировать. Она не могла выносить психической боли, испытывая сильные негативные чувства. В действительности в течение первых трех лет нашей совместной работы она постоянно обращалась к алкоголю как способу ослабления напряжения. Она не последовала совету своих коллег посещать группу Анонимных Алкоголиков, мотивируя это тем, что ей хотелось бы получить аналитическое понимание своей слабости. Постепенно мы достигли этой цели, и пьянство уже не представляло суицидальной угрозы. Следует обратить внимание на то, что за эти три года нашей совместной работы, какой бы стресс, напряжение или боль София ни испытывала, она никогда не бросала своих пациентов и всегда ставила их нужды выше собственных потребностей. Хотя такая самоотверженность была очень важна для ее профессиональной деятельности, ее пренебрежение к стрессам и нуждам своего внутреннего ребенка представляло собой нечто подобное нарциссическому истеканию кровью.

Благодаря трудной аналитической работе с яростными амбивалентными чувствами к своим сексуальным партнерам София, наконец, смогла построить стабильные отношения с женщиной, которая была немного моложе ее и которая, очевидно, нуждалась в силе Софии, ее советах и заботе. Тем не менее сама София ощущала чрезмерную зависимость от своей любовницы и страдала от сильных приступов тревоги и бессонницы всякий раз, когда Беатрис находилась в деловой поездке. Когда София однажды призналась, что если боль станет невыносимой, то она лишит себя жизни, стала очевидна сила этой ее отчаянной потребности. У нее была маленькая коробочка с лекарствами на этот крайний случай. Я попросила ее отдать их мне на хранение. Мои слова очень тронули ее, но она отказалась. Случай, продемонстрировавший неверность Беатрис, подтолкнул Софию к вынашиванию изощренных планов убийства любовницы и даже к приобретению для этого пистолета. Это был очень напряженный и тяжелый период как для Софии, так и для меня. Я относилась к этому ее проекту как к параноидальному бреду, и сама София постепенно пришла

к такой же мысли. В результате ей удалось вернуть любовь Беатрис, и ее жизнь постепенно стала входить в привычное русло. Но некоторые обстоятельства опять пробудили в ее душе страх потерять свою любовницу, которая была для нее смыслом жизни, поэтому она решила уехать с Беатрис из Парижа.

Через год я получила от Софии письмо, из которого узнала о том, что подруга бросила ее. В своем письме София написала мне, что она вспомнила свои старые мысли об убийстве подруги, но добавила, что сейчас она уже не способна реализовать тот замысел. В ответном письме я попросила ее вернуться и продолжить работу со мной, но она ответила, что она «не позволит мне еще раз вдохнуть в нее надежду». Через два месяца она покончила с собой.

Я узнала, что прежде чем пойти на этот отчаянный шаг, София оставила письмо своим родителям, уверяя их в своей преданности, но объясняя также, что не мыслит своей жизни без Беатрис. Родители, однако, отказались поверить в то, что потеря любовницы послужила основной причиной самоубийства Софии. Они не могли понять того, что для Софии Беатрис стала инвестирована как жизненно важный материнский заместитель и что после ее ухода София ощущала себя опустошенной и обезумевшей от горя, как это было в младенчестве, когда она металась и кричала в своей кроватке, не в состоянии заснуть. И теперь, когда она оказалась без внутренней или внешней матери, которая могла бы как-то утешить ее, ей оставалось желать только смерти.

Родители Софии разослали копию фотографии своей дочери всем значимым для нее людям, сообщая о тяжелой утрате. Я тоже получила такую копию. Они выбрали трагический портрет Софии, который хорошо передавал ее внутреннее напряжение и состояние, которое ее тяготило. Однако для меня было шоком, когда я узнала, что по какой-то ошибке родители Софии, очевидно, сломленные горем, указали на надгробии своей дочери такие даты рождения и смерти, из которых следовало, что София прожила всего пять дней — со дня смерти до дня погребения. Я подумала печально, что это выглядело так, как если бы их дочь, в которую они вкладывали весь свой нарциссизм, так никогда и не смогла существовать отдельно.

Возможно, было бы слишком наивно ожидать от них понимания того, что гомосексуальность Софии была ее единственной защитой от саморазрушения. Родители любили и ненавидели свою дочь скорее как часть самих себя, нежели как отдельного человека со своими собственными потребностями и желаниями, и, возможно, она достигла статуса независимости в их глазах только тогда, когда лишила себя жизни, совершив акт, который они не планировали и не имели возможности контролировать.

Возможно, ошибка родителей Софии в датах на надгробном памятнике может указать нечто, касающееся неожиданных, смертоносных сил, которые способны передаваться от одного поколения к другому и которые могут сообщить даже младенцу, что он обречен жить, смирившись с тем, что никогда не будет существовать как отдельная личность в представлении своих родителей. Защитные механизмы, направленные на то, чтобы справиться с этой угрозой психического уничтожения, приводят многих взрослых — через употребление наркотиков, алкоголизм, самоубийство и психосоматические смерти — к реализации того, что в детстве, на бессознательном уровне, они считали своей единственной дорогой к свободе.

Глава 6

АФФЕКТЫ, АФФЕКТИВНОЕ РАССЕИВАНИЕ И ДИЗАФФЕКТАЦИЯ

Возможно, целесообразно свести воедино все то, что уже было выявлено в процессе изучения аффективного переживания, показать его взаимосвязь с психосоматическими нарушениями и роль в возникновении аддиктивных проблем. В предыдущих главах были представлены некоторые клинические иллюстрации, на основании которых мы можем сделать вывод, что некоторым людям в определенных обстоятельствах удается распылить все следы сильных чувств таким образом, что опыт, вызвавший сильные эмоции, отвергается и поэтому не может стать предметом размышления. (Именно это мы увидели в главе 4 в случае г-жи А., когда ее дочь покинула дом.)

Психическая экономика аффекта, равно как и бессознательные причины, способствующие тому, что некоторые люди делают значительную часть своего эмоционального опыта безжизненной, впервые вызвали у меня интерес ввиду моих реакций контрпереноса на тех моих пациентов, которые страдали от этой формы разрушения аффективного переживания. Очень часто психоаналитическую работу с ними можно было охарактеризовать как длительную стагнацию или казалось, что эта работа вообще никогда не начиналась. Сами пациенты часто жалова-

лись на то, что «ничего не происходит» в их аналитическом путешествии; при этом каждый из них цеплялся за анализ, подобно тому, как тонущий человек хватается за спасательный круг. Невысказанный укор, который я смогла распознать, способствовал тому, что я вознамерилась выяснить, кто же во внутреннем психическом мире моего пациента изо всех сил стремился сообщить кому-либо о своем состоянии безысходности. И хотя пациенты, о которых я сейчас говорю, ожидали аналитической помощи по разным причинам, их всех объединяла одна общая черта: их отношения с другими часто характеризовались безэмоциональностью или прагматизмом, как если бы они должны были отрицать важность зависимости от другого человека. Совершенно очевидно, что для таких пациентов, которым трудно даже допустить мысль о необходимости помощи, психоаналитические отношения будут приносить проблемы болезненной нарциссической природы. (Виньетка из анализа Джека Хорнера, о котором мы поговорим в главе 7, может служить ярким примером таких психических страданий.)

В процессе анализа с такими пациентами у меня часто возникало ощущение парализованности моего аналитического функционирования, я не могла ни помочь им стать более живыми, ни привести их к завершению анализа. Безэмоциональность некоторых сессий утомляла, и мое внимание становилось рассеянным. Кроме того, отсутствие у них какого бы то ни было аналитического прогресса способствовало тому, что у меня начинало развиваться чувство вины.

Пример диагностической неудачи

Я вспоминаю одну мою пациентку из Северной Европы, которая была вынуждена переехать со своим мужем во Францию, куда он был направлен по работе. Она утверждала, что большую часть своего времени злится по двум причинам: «Ни одна женщина не может быть счастлива в мужском мире, ни один иностранец не может быть счастлив среди французов с их

своеобразной манерой поведения. Причем эти положения распространяются на все аспекты жизни». Я сказала ей, что в конце анализа (поскольку она настаивала на том, что именно решение этих проблем было ей необходимо) она будет продолжать оставаться женщиной, а французы будут продолжать жить так, как они привыкли. Мы провели с ней три интервью, прежде чем она смогла принять то, что, возможно, проблема состояла в ее восприятии женственности, а может быть, также и в столкновении культурных и социальных различий, что можно было воспринимать не так остро. Только тогда я почувствовала, что она была потенциально способна к прохождению анализа.

Во всяком случае с моей стороны было пагубной ошибкой делать такое заключение, поскольку на протяжении всей нашей работы Кэт была убеждена, что я больна. Моя психическая болезненность, по ее мнению, состояла в том, что я не могла понять или признать трагизма того, что значит родиться женщиной, и того, насколько невозможными на самом деле были французы. Но она твердо решила пройти анализ, поскольку у кого-то значимого из ее окружения после анализа дела пошли в гору, что, вероятно, было результатом терапии. Несмотря на то, что Кэт так и не разбогатела, она нашла себе новое увлечение в сфере искусства и стала получать от этого большое удовлетворение. Однако она по-прежнему считала, что жизнь сыграла с ней злую шутку и что получать подобное удовольствие она могла бы и без анализа. Я согласилась проводить анализ с Кэт отчасти потому, что тогда я сама была молодым начинающим аналитиком, страстно желающим работать. Кроме того, я была убеждена в том, что любой, кто обращается за аналитической помощью, заслуживает ее. У Кэт отмечались серьезные обсессивные симптомы, которые, как меня учили, являлись «хорошим показанием» для психоаналитического лечения (но которые, как выяснилось, не интересовали ее в качестве объекта аналитических исследований). Тогда, когда я впервые упомянула о ее «болезненных чувствах в отношении того, что значит быть женщиной», она снова расплакалась, что было интерпретировано мной как просьба помочь ей иначе воспринимать свою женственность. Прошло некоторое время, и я снова попыталась заинтересовать ее выявлением скрытых причин ее сексуальной фригидности.

Однажды, когда я спросила ее, было ли отсутствие сексуального удовольствия для нее проблемой, она резко возразила мне: «Какая нелепость! Всем известно, что только мужчинам секс доставляет удовольствие!» Мы пришли к пониманию, что ее озлобление в отношении мужа, детей и меня было того же характера, что и раздражение французами, но это открытие ни к чему не привело. Тогда я даже не могла предположить, что сами по себе изменения ужасают таких пациентов, как Кэт. Безусловно, я была также слепа в своем собственном желании помочь Кэт наслаждаться своей женственностью, и я не могла понять всю ту бездну отчаяния, от которого она удерживалась с помощью гнева и ярости.

Я не могла проанализировать собственную удовлетворенность такими реакциями контрпереноса, сталкиваясь с постоянной негативной терапевтической реакцией Кэт, и хотя я и сделала много записей о нашей совместной работе, я начала чувствовать разочарование в ней, как и она во мне. Несмотря на неудачу, мне удалось справиться с этим опытом, изложив на бумаге все то, что я вынесла из этой непростой аналитической работы. В моей первой попытке концептуализировать этот сособ психического функционирования я стала негативно именовать пациентов, которые напоминали мне Кэт, «анти-анализантами в анализе» (McDougall, 1972)[1], поскольку они, казалось, были в очень сильной оппозиции анализу чего-либо, имеющего отношение к их внутреннему психическому миру, настаивая на том, что их интересует лишь внешняя реальность. Сегодня я бы сказала, что в той статье не совсем адекватно были проанализированы те глубины отчаяния и переживание внутренней смерти, которые лежат на заднем плане страданий и яростных протестов таких пациентов, как Кэт, заставляя их сопротивляться психическим изменениям вследствие их абсолютной уверенности в том, что изменения могут произойти только в худшую

---

[1] См. об этом подробнее: *Макдугалл Дж.* Анти-анализант в анализе (клинический портрет и теоретическое понятие) // Антология современного психоанализа / Под ред. А.В. Россохина. М., 2000. С. 455–469.— *Прим. науч. ред.*

сторону. Неизменность представляется единственной защитой против возвращения в невыносимое и невыразимое травматическое состояние. Я не знаю, согласилась ли бы Кэт анализировать такие чувства и уменьшило ли бы это ее невосприимчивость аналитического процесса.

Некоторые такие пациенты (хотя и не все) в глазах окружающих и в собственных глазах были более чем «нормальны». Позднее я дала им определение «нормопатов», т.е. людей, у которых имелись серьезные нарушения и которые стремились спрятаться за стеной «псевдонормальности», чтобы избежать осознания своего эмоционального опыта (McDougall, 1982a). Тем не менее я была тогда не способна пойти в анализе этого интересного феномена дальше того предположения, что это было, возможно, широко распространенное явление среди людей в целом и что оно характеризует то, что многие люди вкладывают в понятие «нормальный человек».

Впоследствии я обнаружила, что за яростными протестами таких пациентов на самом деле стояло не что иное, как страдание от поразительного *отсутствия аффекта*. Лучше всего характеризует таких пациентов, определение «дизаффективные». Называя их так, я хотела обратить внимание на то, что эти люди на самом деле испытывали подавляющие эмоции, которые представляли угрозу для их чувства целостности и идентичности. Эта гипотеза бросала вызов теории нейроанатомических дефектов, которая основывается на наблюдениях, сделанных в психосоматических центрах, и дает исчерпывающее объяснение феномену алекситимии. В результате я сделала вывод, что мои пациенты не способны вытеснить свои представления, связанные с эмоциональной болью, и в равной степени они не могут спроецировать эти чувства бредовым образом на свои представления о других людях, и поэтому они просто выбрасывают их из сознания. Они страдали не от своей неспособности испытывать или выражать эмоции, но от неспособности контейнировать *избыточный* аффективный опыт и размышлять над ним. Когда происходит феномен дизаффектации, повышается риск того, что у человека может ухудшиться способность засыпать (как в случае с Кристофером, о котором мы говорили в гла-

ве 3, и со многими другими пациентами, страдающими от бессонницы), а также могут возникнуть нарушения психосоматического характера.

В настоящее время у меня есть некоторые гипотезы относительно психического функционирования, которое способствует появлению такого дизаффективного состояния. Прежде всего это связано с динамическими причинами, которые могут лежать в основе сохранения психологического разрыва между эмоциями и психическими репрезентациями, к которым они прикреплены. Во-вторых, это может быть связано с экономическими аспектами, посредством которых претворяется в жизнь этот безаффективный способ переживания различных событий и человеческих отношений. Сложно удержаться от вывода о том, что такая бронированная структура должна выполнять какую-то очень важную защитную функцию, а ее сохранение будет включать энергичную психическую активность, даже если пациенты, о которых идет речь, этого не осознают, а аналитик имеет недостаточно материала, на основании которого можно было бы прийти к такому заключению.

Аффективное рассеивание, или аддиктивное решение

В некоторых случаях аффективные реакции не столь очевидны во время аналитических сессий, поскольку такие пациенты постоянно заняты *немедленным рассеиванием в действии* импульсов определенного эмоционального переживания. Зачастую это может относиться как к доставляющим удовольствие, так и к болезненным аффектам. Рассмотрим подробно механизм разрядки-в-действии, который управляет психической экономикой, когда подобные феномены происходят.

Много лет назад одна из моих пациенток, мать маленького психотического мальчика Сэмми, обратилась ко мне за помощью вскоре после того, как ее сын вернулся в Соединенные Штаты. (Опыт работы с ним послужил основой для книги «Диалог с Сэмми» — McDougall et Lebovici, 1961.) Она очень скучала по сыну и боялась, что ее алкоголизм усилится.

Она ощущала себя такой «пустой» без него. Пытаясь описать свои чувства, связанные с этой делающей ее несчастной ситуацией, она сказала: «Я никогда не могу сказать, что именно я ощущаю — голод, злость, тревогу или желание заняться сексом,— когда я начинаю пить». Несмотря на то, что тогда я была очень молодым и неопытным аналитиком, я поняла, что она, очевидно, была не способна размышлять по поводу эмоциональных событий. Я стала задумываться над тем, может ли ее аддиктивное поведение быть направлено на то, чтобы скрыть из сознания опыт, который она не в состоянии вынести из-за очень сильных чувств и того, что их конфликтный характер вызывал смятение. Спустя много лет, когда я встретилась с явлением алекситимии, я сразу же распознала в нем феномен, который я тогда наблюдала,— неспособность отличить один аффект от другого. Некоторые пациенты были алекситимичными в том смысле, что они не осознавали важные эмоциональные вспышки; другие же (такие, как мать Сэмми) осознавали сильные чувства, но сразу же рассеивали их, вовлекаясь в ту или иную деятельность. Таким образом, они освобождались от невыносимого аффективного возбуждения.

Когда какие-либо события вызывают очень сильный стресс, мы склонны давать разрядку своему напряжению через «отреагирование» (неумеренность в питании, злоупотребление спиртными напитками, чрезмерное курение и т.д.). Но те, кто *обычно* прибегает к действию в качестве защитного механизма против психической боли (когда размышление и признание чувств было бы более подходящим в данной ситуации), сталкиваются с риском повышения своей психосоматической уязвимости. Аффект не может рассматриваться как чисто психическое или чисто физическое событие. *Эмоции, по своему существу,— психосоматические события*. Таким образом, избавление от психологической части какой-то эмоции позволяет физиологической части находить такие пути выражения, которые имели место в младенчестве, что в свою очередь приводит к повторной соматизации аффекта. Сигнал психики сокращается до сообщения через действие без употребления слов. Люди, которые справляются с эмоциями таким образом, подобны жертвам психосома-

тических взрывов, когда случаются такие события, как несчастные случаи, рождение, смерть, развод. В таких случаях аддиктивные решения могут не действовать, так что использование наркотиков или зависимых отношений перестает быть определенной формой ухода от психологического давления или аффективного затопления.

Важно отметить то, что в работе с некоторыми пациентами эти защитные экраны против осознания аффектов или их быстрой разрядки через действие, могут часто оставаться незамеченными в течение многих месяцев! Тревога — это мать постановок в психическом театре. Без ее сигналов, предупреждающих об опасности (поскольку болезненные репрезентации либо немедленно выбрасываются, либо разряжаются через действие), некоторые люди рискуют не узнать о том, что они чувствуют психологическую угрозу для самих себя. Таким образом, аналитик также может быть не осведомлен о том, что такие пациенты ничего не предпринимают в отношении проблем, которые перед ними встают; а напротив, осознают только все возрастающую потребность в лекарствах, пище, табаке, алкоголе, наркотиках и т.д. Для других той же самой цели могут служить неистовые сексуальные подвиги перверсной или компульсивной природы, в которых роль партнера как личности очень незначительна — он скорее используется как наркотик, приносящий успокоение. (В этой главе мы более подробно остановимся на таких отношениях.)

Те, кто использует *других людей* (не обязательно сексуальных партнеров) как объекты своих аддиктивных потребностей, также демонстрируют сходную психическую экономику. Как и некоторые анализанды, о которых мы уже говорили выше, такие пациенты часто жалуются на ощущение пустоты, непонимание или то, что они не могут найти общий язык с другими людьми. В процессе анализа они много говорят о значимых лицах в их жизни, как правило, жалуясь на то, что они редко оказываются рядом, когда они действительно нужны, и поэтому они воспринимаются как недобрые и относящиеся пренебрежительно к тем, кто от них зависит. Эти «другие», которые относятся к категории Я-объектов, описанных Кохутом (Kohut, 1971), используются подобно переходным объектам для

самоуспокоения или же как объекты, которыми нужно овладеть или на которые нужно нападать. (Такова же судьба настоящего переходного объекта в детстве, которому причиняют боль, рвут на части и всеми возможными способами «наказывают» в той же степени, как и «любят».) Но в отличие от переходного объекта аддиктивно значимые другие могут предоставить не более чем краткосрочную поддержку, и то, что они предлагают, редко бывает достаточным для отчаявшегося яростного младенца, который скрывается внутри такого несчастливого взрослого. На бессознательном уровне они воспринимаются как «материнская грудь» младенчества, которая несет ответственность за все удовольствия, получаемые ребенком, равно как и за боль. «Другие», бессознательно позволяющие манипулировать собой и погружать себя в неосознаваемые психологические кризисы другого человека, также находят характерологический способ разрешения той же проблемы. Следует отметить, что на это часто не обращают должного внимания, несмотря на всю ту кропотливую психоаналитическую работу, которая проводится (такие формы аддиктивных взаимоотношений уже подробно рассматривались в другом месте) (см.: McDougall, 1982a, ch. 3).

Другие, как, например, пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями, описанные Уильямом Ослером (см. главу 1), могут с головой уходить в то, что я называю «активной аддикцией». Иными словами, они попадают в состояние наркотически-подобной зависимости от своей повседневной работы или иных видов деятельности (которые зачастую их даже не интересуют), при этом они бессознательно стремятся к тому, чтобы не оставалось свободного времени для релаксации или мечтаний. Такие люди постоянно заняты скорее «делом», а не тем, чтобы «быть» или «переживать». Именно в этом отчасти и состояла внутренняя драма г-жи А., о которой рассказывалось в главе 4.

Людей, которые обращаются за психотерапевтической помощью по поводу своих аддиктивных проблем, безусловно, нельзя назвать типично алекситимичными; даже если им удается справиться с тревогой с помощью аддиктивного решения (особенно в случаях наркотической зависимости), они все еще осознают страдания, которые их аддиктивная зависимость им навязывает.

Вся парадоксальность аддиктивного объекта состоит в том, что, несмотря на его смертоносный потенциал, он всегда инвестируется как хороший объект какой-то частью психики. Каким бы ни был этот объект, он в результате позволяет зависимому человеку быстро избавиться от психологического конфликта и физической боли, пусть даже и на непродолжительное время. Здесь же можно провести параллель между тем, как аффекты, связанные с удовольствием, могут мобилизовать стремление к аддиктивному объекту у таких пациентов, и тем, как маленький ребенок в состоянии возбуждения нуждается в матери, выступающей в роли защитного и фильтрующего экрана от переполнения эмоциями. Однако все то, что приносит утешение, человек постоянно ищет во внешнем мире, обычно во все возрастающем количестве. Несмотря на то, что эти объекты только играют роль переходных, на самом деле они отличаются от настоящих переходных объектов младенчества (их следует расценивать как в высшей степени патологические).

Указывая на сходства между аддиктивными субстанциями и переходными объектами, я еще раз обращаю внимание на тот факт, что человек, который функционирует, используя аддиктивную психическую экономику как способ избавления от психической боли, испытывает недостаток во внутренней репрезентации матери как заботящегося интроекта, с которым он мог бы идентифицироваться в состояниях напряжения или конфликта. В дальнейшем, как я уже отмечала, внутренняя уязвимость еще больше усиливается из-за не менее важной нехватки сильного отцовского интроекта.

В процессе анализа таких пациентов мы часто сталкиваемся с тем, что мать воспринимается ими как слишком эмоционально хрупкая для того, чтобы надежным образом исполнять свою материнскую роль. О такой матери часто вспоминают, что она запрещала своему ребенку любые проявления эмоций, как если бы это было для нее просто невыносимым. (Тим и Жоржетта, о которых будет идти речь в последующих главах, воспринимали своих матерей именно так; но со временем большая часть их горечи относительно прошлого смягчилась.) Более поздняя нехватка поддержки со стороны отца или его смерть (которую потерявший отца ребенок воспринимает как

жестокое бросание) может впоследствии быть понята и в значительной степени принята или прощена.

Пациенты, которые имеют желание пройти анализ с целью избавиться от аддиктивных наклонностей, ставят перед нами определенную проблему, поскольку такие люди зачастую скорее ищут силу, а не самопонимание; силу, которая была бы могущественнее, чем их собственная, что мы, безусловно, не можем им обещать. Психоанализ и психоаналитическая терапия не заменяют ни общества Анонимных Алкоголиков, ни центров по лечению наркотической зависимости. Психоаналитическое лечение может быть потенциально эффективным только тогда, когда аддиктивный пациент действительно хочет понять, *почему* при малейших сигналах о стрессе он прибегает к веществам, которые приносят ему успокоение. (Именно в этом состояла борьба Тима с зависимостью от табака, которая стала представлять угрозу для его жизни. Более подробно этот случай мы рассмотрим в главе 9.)

Теперь мне хотелось бы еще раз подчеркнуть то, что перед человеком, который устремляется в аналитическое путешествие, открывается множество различных способов положить конец своей зависимости. Так как рецидивы — скорее правило, нежели исключение, то пациенты могут быть заинтересованы в анализе своих нарциссических и либидинозных ран, которые бросают их в аддиктивную пропасть. Анализ таких переживаний может выявить ранний травматический опыт младенчества, а также особенности личностной организации и психической экономики, т. е. те факторы, которые со временем приводят к тому, что ребенок (а впоследствии взрослый) остается без адекватных внутренних ресурсов, позволяющих ему справиться с ситуациями, когда эмоции его переполняют.

Сексуальность как наркотик

Другой аспект аддиктивного решения, внешне отличающийся от наркотической зависимости, представляет собой погоню за компульсивной сексуальной разрядкой в стрессовой ситуации. (Для такого типа отношений, в котором инвестируется ско-

рее действие, чем партнер, я использую определение «аддиктивная сексуальность» (McDougall, 1982a, 1986). Эта теория возникла в результате обобщения моего опыта аналитической работы с гомосексуальными и гетеросексуальными пациентами. Многие гомосексуалисты, так же как и многие гетеросексуальные пациенты, имеют компульсивные и аддиктивные отношения со своими партнерами в погоне за тем, что я называю «неосексуальностью». Это достаточно сложные перверсные сценарии, часто с элементами фетишизма или садомазохизма, которые иногда исполняются человеком в одиночку и в которых сексуальные ритуалы переживаются как наркотически-подобная необходимость; они предназначены для того, чтобы успокоить тревогу, связанную со страхом утраты не только сексуальной, но также и субъективной идентичности.

К этой категории сексуальных аддиктов могут быть добавлены те гетеросексуалы, для которых сексуальность носит компульсивный характер и ее можно сравнить с наркозависимостью, поскольку партнер играет незначительную роль в их субъективном внутреннем мире, являясь в большей степени объектом потребности, нежели объектом желания. Ремарка, взятая из анализа Джека Хорнера (с которым нам предстоит встретиться в следующей главе), иллюстрирует подобный сексуальный опыт. «Не понимаю, что вы имеете в виду, когда говорите, что я не похож на человека, который на самом деле желает женщину. Как я могу хотеть кого-то, когда здесь вообще никого нет?» (Это яркий пример операторного мышления и делибидинозного отношения к другому человеку.) Далее пациент сообщает, что в половом акте важным для него моментом является то, что его совершение позволяет ему заснуть. Вероятно, для некоторых людей секс является главным образом снотворным. Подобные партнерские отношения могут быть довольно длительными и продолжаться до тех пор, пока это «снотворное» не вступит в противоречие с ролью партнера. Сложности возникают тогда, когда люди, подобные Джеку, начинают вдобавок ко всему бояться близких и продолжительных отношений и стремятся разрушить их, невзирая на их способность удовлетворять потребности. Это напоминает мне поведение некоторых мужчин гомосексуальной ориентации, которые часто мечтают найти человека, которого они могли бы любить

и с которым могли бы жить, но, несмотря на это, постоянно вынуждены менять партнеров. Бессознательное давление против реализации более стабильных отношений состоит не только в том, что сексуальный партнер часто представляет собой объект достижения полноты, нежели другое человеческое существо (аддиктивное измерение), но также и в том, что смена партнеров в подобных случаях является защитой от осознания направленных на партнера бессознательных кастрирующих желаний.

Здесь мы можем сделать следующий вывод: как для гомосексуальных, так и для гетеросексуальных отношений, в случаях, когда сексуальный партнер — скорее «условие», чем «личность», будут существовать сильно угрожающие бессознательные фантазии в отношении любовной связи. Они включают (но идут значительно дальше) классические кастрационные фантазии. Страхи перед тем, что другой человек будет обладать тобой или причинит тебе вред, сопоставимы только с бессознательными страхами, связанными с желанием взорваться в партнере и причинить ему вред или страхом перед утратой своей индивидуальной идентичности в результате слияния с другим.

На психоаналитической сцене можно ожидать, что пациенты, относящиеся к одной из этих категорий, будут иметь тенденцию становиться зависимыми от своего психоаналитического опыта. В таких случаях аналитик рискует стать объектом, на которого будет перенесена роль разочаровавшей материнской вселенной, которая не смогла быть интроецирована, чтобы позволить человеку самостоятельно успокаивать себя и заботиться о себе. Иногда случается, что пациенты, столкнувшиеся с подобными проблемами, не способны использовать аналитика и его интерпретации, но в то же самое время они не могут отказаться от этих отношений, несмотря на то, что постоянно испытывают горечь и разочарование. Некоторые из них признавались в том, что близкие — к их глубокой досаде — говорили, что они стали «лучше» и считали, что с ними стало намного проще жить. При этом сами пациенты обвиняли аналитика в некомпетентности, утверждая, что он не проявляет о них должной заботы, а сам анализ не приносит никаких результатов.

Попадая в такое безвыходное положение, аналитики, как правило, чувствуют себя парализованными, как будто их аналитиче-

ское функционирование было умерщвлено. Таким образом, ощущение внутренней смерти распространяется на аналитические отношения. И мы начинаем осознавать с помощью наших контртрансферентных переживаний, что смертоносные факторы в наших пациентах направлены на то, чтобы заморозить их текущую жизнь. Это чрезвычайно важное бессознательное измерение было до этого момента замаскировано невротической симптоматикой и многочисленными аддиктивными паттернами поведения.

Метапсихологический анализ

Психические процессы, связанные с радикальным рассеиванием или компульсивной разрядкой аффективного опыта, мне стали более понятны после того, как я изучила некоторые работы аналитически ориентированных специалистов в области психосоматики (de M'Uzan, Marty et David, 1963; de M'Uzan et Marty, 1963; Nemiah, Sifneos, 1970). Довольно любопытно, что специалисты, работающие в центрах лечения психосоматических заболеваний, первыми обратили внимание на такое явление, как безэмоциональные способы переживания и коммуникации, выдвинув ряд гипотез, объясняющих этот феномен. В результате этих исследований был составлен портрет «психосоматической личности» и разработаны экономические и динамические концепции оперативного мышления и алекситимии, о которых мы говорили выше.

Несмотря на сомнения по поводу существования «психосоматической личности» и валидности их концепций в отношении моих пациентов (возможно, ввиду того, что мы работали с двумя разными группами и имели дело с двумя различными способами обращения за помощью), их работа тем не менее помогла мне осознать, что пациенты, которых я называю «нормопатами», «аддиктивными личностями» и «дизаффективными» людьми, в стрессовых обстоятельствах также нередко склонны к соматизации. Психосоматическая реакция, как правило, была вызвана нарушениями в привычных для них способах разрядки аффектов или из-за подавления алекситимичных способов, чья защит-

ная функция, по моему мнению, состояла в том, чтобы предотвратить очень сильную и глубокую тревожность психотического типа. Тогда не остается никаких преград на пути психосоматического дисфункционирования как реакции на примитивный сигнал, получаемый от той части психики, которая не обладает словами для контейнирования угрожающих фантазий.

Слова являются наиболее эффективными контейнерами для введения в русло энергии, связанной с инстинктивными влечениями, а также с фантазиями, которые они рождают в отношении родительских объектов младенчества. Когда слова не выполняют эту функцию (в силу причин, которые остаются высоко гипотетическими), психика обязана отреагировать предупреждающими сигналами о стрессе пресимволического характера, таким образом, обходя ограничивающие языковые связи. И здесь мы сталкиваемся с тем, что существует значительный риск возникновения соматических, а не психологических ответов на переживание бессловесной муки.

Психосоматические явления, наблюдаемые в психоаналитическом сеттинге, положили начало концепциям, которые неизбежно отличаются от теорий, выстроенных на базе нейробиологических исследований, даже в случае похожей выборки пациентов. Такое положение объясняется тем, что в основе нейробиологических исследований лежат различные теории *причинно-следственных связей* (McDougall, 1982a, ch. 7). Психоанализ — это наука, в которой основной акцент делается на смысле (и особенно на смысле взаимоотношений); его скрытая логика — это логика языка. В попытках концептуализировать взаимосвязь между телом и психикой, абстрагируясь от роли языка, нам следует сформулировать, по крайней мере, один основной вопрос: какие защитные механизмы использует инфантильная психика для того, чтобы не допустить возвращения раннего травматичного опыта и повторения страданий, которые могут оказаться невыносимыми?

В предыдущих главах я уже обращала внимание на важность архаичного механизма полного «изгнания» или «выброса из психики», о котором говорил Фрейд (Freud, 1911б, 1915a, 1924, 1938a, 1938б). Он определял три защитных механизма, с помощью которых человек предпринимает попытки отрицать, уничтожать

или каким-то иным способом избавляться от опыта, который вызывает у него беспокойство: отказ (Verneinung), отрицание (Verlengnung) и отвержение или устранение из психики (Verwerfung). Последний механизм представляется наиболее трудным для понимания в рамках клинического опыта. Фрейд рассматривал способность психики полностью *изгнать* опыт (вместо того, чтобы сохранить его в форме вытеснения) как типичное психотическое проявление. В случае Шребера Фрейд обращает внимание на следующее: то, что устраняется из сознания и впоследствии не реинтегрируется в бессознательное субъекта (в отличие от происходящего при вытеснении), возвращается в форме галлюцинаций или бреда (Freud, 1911a). Таким образом, последствия отвержения отличаются от последствий вытеснения.

На основании собственного клинического опыта я бы хотела высказать предположение, что эта способность отвергать некоторые ощущения, мысли, фантазии или другие психологические события (которые часто возникают как следствия текущих событий внешнего мира) действует скорее при регрессии взрослого к психосоматическим ответам, нежели представляет собой психологические реакции на конфликты и психическую боль. Существует определенное разъединение между вербальными презентациями и вещественными презентациями, так что телесные сигналы о тревоге (т.е. *соматический* полюс аффекта) становятся равнозначными вещественной презентации, отделенной от вербальной презентации, которая придает значение переживанию. (Напомню, что ребенок воспринимает свое тело как объект, принадлежащий внешнему миру.) Анализ причин, обусловливающих подобное разделение между телом и психикой, а также между вещественным и вербальным, способствовал возникновению различных гипотез о самых ранних трансакциях между матерью и ребенком. И хотя мы, возможно, так никогда и не узнаем, что же происходило на самом деле, мы можем проследить, каким образом представление ребенка о происшедшем сохраняется неизменным во взрослом способе мышления (или не мышления) и функционирования (или не функционирования) как реакция на различные жизненные обстоятельства. И здесь мы опять сталкиваемся с понятием «дизаффектация».

О дизаффектации

В понятии дизаффектации я передаю двойное значение. Латинский префикс dis-, указывающий на «сепарацию» или «потерю», метафорически означает, что некоторые люди психологически отделены от своих эмоций и могут «потерять» способность быть в контакте со своей психической реальностью. Но мне хотелось включить в это новое понятие значение греческого префикса dys- с его связью с заболеванием. Однако я не стала называть это понятие на греческий манер, чтобы не сложилось впечатление, что я изобрела название заболевания. Хотя аффективную патологию можно рассматривать как полную неспособность иметь контакт со своим эмоциональным опытом и, соответственно, относить к серьезному психологическому заболеванию, в конечном счете такие определения позволяют нам относить людей к разным категориям и в последующем конкретизировать наши мысли, сужая тем самым область дальнейшего анализа. Так, например, слово «алекситимия» уже показало эти недостатки. Практикующие специалисты говорят: «Этот человек страдает от алекситимии», как если бы это было каким-то заболеванием, а не феноменом, который можно наблюдать, но довольно трудно понять. Я же решила называть этот феномен дизаффектацией, а не алекситимией по другой причине. Несмотря на то, что эти два проявления с феноменологической точки зрения похожи и две области исследований, из которых они берут свое начало, являются комплементарными, каждая из этих областей стартует, исходя из разных предпосылок и изучает разные измерения «психосоматического» человечества.

Этиологический анализ

Крайняя степень уязвимости нарциссической экономики, которую можно наблюдать в процессе анализа многих аддиктивных, дизаффективных и соматизированных пациентов, связанная с неспособностью контейнировать и прорабатывать вербально многочисленные эмоциональные переживания, может дать гипотетические ответы в отношении возможных этиологических фак-

торов. На уровне воспоминания здесь часты ссылки на семейный дискурс, который провозглашал идеал безэмоциональности и осуждения любого опыта воображения. Помимо этих осознаваемых воспоминаний, иногда мне при работе с пациентами удавалось реконструировать существование парадоксальных отношений между матерью и ребенком, в которых мать находилась вне любого контакта с эмоциональными потребностями ребенка. Возможно, в ответ на бессознательный страх своей собственной эмоциональной жизни она (по воспоминаниям пациента) максимально контролировала мысли, чувства и спонтанные жесты своего ребенка. Хотя, может быть, мы никогда не узнаем точно, что же произошло в интимном телесном и психологическом обмене между матерью и ребенком и что сделало эмоциональный опыт неприемлемым или безжизненным, мы можем наблюдать то, что происходит в случаях, когда в психоаналитических отношениях возникает аффективно заряженный опыт. Распыленный аффект иногда высвечивается, открывая во внутреннем психическом мире потерянный континент.

Начнем с того, что когда мы сталкиваемся с видимым отсутствием сновидений и фантазий в обстоятельствах, которые обычно вызывают такую психическую активность, часто имеет место их замена соматическими ощущениями и реакциями. (Ярким примером тому является случай Кристофера, который приводится в главе 3.) Во-вторых, когда аффективно-нагруженные идеи возвращаются в сознание, защиты против них могут добиваться их выражения скорее в форме переходных *псевдовосприятий,* нежели эмоций, которые можно назвать и о которых можно размышлять. Эти «эквиваленты сновидений», которые часто подчиняются первичному процессу мышления, могут также рассматриваться как «эквиваленты аффектов». (Такой пример приводится в следующей главе.) Из этого следует, что дизаффективные пациенты не способны репрезентировать психически идеи, связанные с их эмоциональным качеством, и в равной степени не могут по вышеперечисленным причинам вытеснить такие презентации. Вместо этого они должны прибегать к более примитивным механизмам расщепления и проективной идентификации, чтобы защитить себя от психических страданий, которые становятся для них невыносимыми. Тогда

человек изгоняет из своего сознания эту мысль вместе с соответствующим аффектом, а не проецирует их на свои представления о другом человеке в своем внутреннем мире. Затем представитель этого внутреннего объекта изыскивается во внешнем мире, таким образом, эти люди бессознательно — своими словами и действиями — вызывают у других такие чувства, которые они сами отвергли. В действительности же они часто говорят и действуют так, как их родители поступали с ними, когда они были детьми, и часто у них отсутствуют иные способы сообщить о своих чувствах беспомощности и боли. (Это подробно рассматривалось ранее: McDougall, 1978, ch. 7.)

В психоаналитических отношениях этот аспект дискурса пациента, выражающийся через сбивчивые и тревожные мысли, раздражение или скуку, часто сигнализирует аналитику о наличии тревоги и дает ему возможность (иногда мучительно) почувствовать противоречивые сообщения и забытую боль и дистресс маленького ребенка, который, для того чтобы выжить, должен был научиться умерщвлять в себе внутреннюю живость. Клинические аспекты подобных проблем будут рассматриваться в следующей главе.

Глава 7

АНАЛИТИК И ДИЗАФФЕКТИВНЫЙ ПАЦИЕНТ

Когда я подбирала подходящие клинические примеры для иллюстрации положений, изложенных в предыдущей главе, я обратила внимание (правда, не сразу) на то, что пациенты, случаи которых мне вспоминались, по большей части ранее уже либо имели опыт работы с аналитиком, либо проходили анализ со мной в течение нескольких лет. Иными словами, я поняла, что эта разновидность аффективной проблемы могла долгие годы оставаться в аналитической работе вне поля зрения. Сами пациенты не осознавали того, что они страдали от неспособности признать то, что они имеют эмоциональные переживания, поскольку они были или полностью отделены от сознания, или же на короткое время осознаны и сразу же рассеяны в некоторой форме действия.

К основным характерным чертам этих пациентов можно отнести сознательное ощущение нехватки чего-то, недостаточной полноты жизни или недоумение, вызванное тем, что их жизнь кажется пустой и скучной по сравнению с тем, как живут другие люди. Часто в первые годы анализа действительно удавалось преодолеть некоторые невротические проблемы и торможения; однако едва эти проблемы решались, вскрывалось то, что у этих пациентов имело место глубокое, хотя и неспецифическое ощущение безэмоциональности собственной жизни, которую они до настоящего времени не осознавали. Возможно, некоторые

невротические структуры, помимо выполнения других функций, служили камуфляжем для лежащих под ними и не имеющих психических репрезентаций состояний отчаяния или непонятной тоски. Продолжавшийся психоаналитический процесс также способствовал тому, что мои пациенты постепенно открывали для себя, что у них очень мало *аффективной толерантности* и что это скрывалось не только за невротическими симптомами, но значительно чаще за аддиктивным поведением, о многообразии форм которого мы уже говорили.

В конечном счете эти пациенты обнаруживали ужас перед психической реальностью, что на самом деле не позволяло им войти с ней в контакт. Некоторым (как, например, Тиму, о котором мы еще поговорим в следующей главе) удавалось стереть из памяти почти все мои интерпретации и интервенции с помощью своей устраняющей аффекты брони. Тим, вместо того чтобы использовать богатство свободных ассоциаций, воздвиг своеобразную анальную крепость, которая была практически неприступна и поэтому не имел никакого представления о чувствах переноса или любых других чувствах внутри собственного опыта.

Защита маленького Джека Хорнера, анализ которого я хочу здесь привести, была совсем иной. Вместо попыток борьбы с запирающей тишиной или быстрого устранения любого аффективного возбуждения он обращался к «более оральным» способам нападения и защиты. Он не молчал, а наоборот, обрушивался на собеседника лавиной слов и проклятий. Несмотря на подобную, на первый взгляд, живую форму коммуникации, я обнаружила, что некоторые области его жизни были также серьезно дизаффектированы.

Ниже я приведу небольшой фрагмент из долгой аналитической работы с ним. В течение нескольких лет Джек обычно приходил на прием, как он выражался, «осознанно на 15 минут позже, так как этот анализ не представлял никакой ценности». (Несмотря на этот видимый протест, за все восемь лет он ни разу не пропустил сессии.) До того как мы начали с ним работать, он в течение 12 лет проходил анализ у двух мужчин-аналитиков. В ходе первых двух интервью он выразил свое убеждение в том, что я не смогу понять его и поэтому ничем не смогу ему помочь. Я сказала ему, что я пойду на этот риск, если он имеет желание

пройти анализ. Он казался мне очень интересной и сложной личностью, не утратившей детской непосредственности; кроме того, у него были невротические проблемы, которые, по его мнению, должны были разрешиться несколько лет тому назад.

Я не буду здесь вдаваться в подробности длительного лечения Джека, мне бы хотелось только проиллюстрировать природу аналитических отношений и любопытную экономику эмоций, которую можно было наблюдать у него. Всякий раз, когда я делала какое-то замечание, Джек обычно реагировал так: «Не представляю, каким образом вам удалось заслужить репутацию хорошего специалиста». Через два года эта реплика несколько трансформировалась: «Возможно, вы способны сделать что-то для других, но могу вам сказать прямо сейчас, что со мной у вас ничего не получается!» Когда я предположила, что это его отношение, возможно, создает не очень комфортную ситуацию для того, чтобы разобраться в себе, он вспомнил то, что когда-то слышал о доберманах. У этой породы сторожевых собак имеются проблемы, так или иначе связанные с их характером. Со слов Джека, они страстно привязываются к своему первому хозяину и даже способны перенести свою любовь на второго, но если вдруг им придется встретиться с их третьим хозяином, они могут разорвать его на куски.

Чувствуя в нем отчаявшуюся личность, бесконечно ищущую аналитика (или родителя), который будет способен наконец оказать ему помощь и которого он может безнаказанно ненавидеть, я заметила: «И я как раз ваш третий аналитик». Последовала долгая тяжелая пауза, прежде чем Джек Хорнер смог подобрать нужные слова: «Неужели! Вы с вашими маленькими аналитическими интерпретациями!» Как можно представить, анализ трансферентных эмоций был в этом случае непростым делом. В действительности же Джек часто обрывал меня на полуслове, как если бы я вообще ничего не говорила. Когда однажды я сказала ему об этом, он ответил, что мое дело здесь — слушать его, и не было ничего, что он желал или нуждался бы услышать от меня.

Лишь спустя месяцы я поняла, что мои интерпретации наносят раны его нарциссизму. Я начала ощущать подавленность от этого казавшегося бесплодным аналитического путешествия,

но со временем поняла, что это было особое сообщение, примитивная коммуникация, с помощью которой Джек пытался заставить меня почувствовать то, что однажды ощутил находившийся в постоянном стрессе и не способный получить понимания ребенок в его внутреннем психическом мире,— то, что общение было бесполезной вещью, а желание живых эмоциональных отношений безнадежным.

С Джеком я не была той «фекальной массой», которая была предназначена для испражнения, как это было во время работы с Тимом. Если продолжать говорить метафорично, то я скорее походила на дефективную грудь, которая соответственно заслуживает того, чтобы быть уничтоженной. Однако проблема состоит не в том, что человек постоянно порочит или уничтожает нечто, например, воображаемые фекалии или грудь, не реализовывая какие-либо потенциально важные аспекты этих частичных объектов. Напротив, эти бессознательные проекции указывают на то, что в аналитических отношениях действительно что-то происходит. Несмотря на их постоянный негативизм, я была очень привязана к этим двум пациентам, которых я сравниваю сейчас; но при этом у меня часто возникало ощущение, что мне все надоело. Мое разочарование было вызвано тем, что при явных признаках, указывающих на вытесненные чувства и глубинную драму, которой могло быть найдено выражение в словах, анализ стагнировал. Очевидное отсутствие каких-либо психических изменений или явная негативная терапевтическая реакция вызывает негативные чувства контрпереноса. Беспрестанная атака на аналитический сеттинг, на отношения или на сам процесс анализа имеет большое значение и в дальнейшем может способствовать более глубокому пониманию скрытой личностной структуры пациента, а также способов, которые он использует для психологического выживания. Но если значение этих способов не представляет интереса для пациента или же то, что под ними понималось, было забыто или отрицается, тогда, очевидно, мы имеем дело с примитивной формой защиты, которая была мобилизована с тем, чтобы предотвратить неизбежную, возможно, смертельную опасность, которую таит в себе одна только мысль об изменении. В этой связи становится вполне объяснимо, что у та-

ких пациентов могут также возникать трудности с пониманием эмоционального опыта других людей, в том числе аналитика. В результате это приводит к тому, что эти другие, напротив, становятся в высшей степени «аффективными»!

Следует отметить, что основной в данном случае является проблема преневротического порядка. Эти пациенты ведут себя так, как если бы им было необходимо подчиняться требованиям некоего безжалостного материнского закона, который ставит под сомнение их право на живое и независимое существование. В некоторых случаях они воспринимают себя как нарциссическое продолжение материнского Я и, таким образом, чувствуют, что вынуждены восполнять ее чувство Я и заботиться о ее потребностях. В своей клинической практике я пришла к выводу, что этот «закон», имеющий глубинные корни, является одним из первых элементов, развившихся в их ощущении собственного Я, и что с самого начала он передается через материнские жесты, голос, то, как она смотрит на своего ребенка и держит его, как она отвечает на его возбужденные состояния и эмоциональные всплески. Именно мать одна должна решить — поощрять ли ей спонтанность своего ребенка или обуздывать ее. Однако в данной главе я не планирую исследовать личное прошлое пациентов, их фаллически-эдипальные или прегенитальные эдипальные организации. Эти вопросы более подробно изложены в других главах. А сейчас мне бы хотелось сконцентрироваться на тех факторах аналитического опыта, которые имеют отношение к тому, как действуют принципы психической экономики.

Утверждая, что эти проблемы преневротического порядка, я вовсе не имею в виду, что невротические симптомы и невротические структуры характера отсутствуют. Они точно прослеживаются, но могут помешать нам почувствовать более глубокую боль. Возможно, именно по этой причине сами пациенты либо не признают существования своих невротических страданий, либо не имеют никакого интереса понять их. Когда появляется возможность проанализировать невротические черты характера, мы часто сталкиваемся с тем, что они сохранились нетронутыми и служат своеобразным алиби для более глубоких и пугающих психических нарушений.

Так, например, Джек на первом интервью представил два «хороших» невротических симптома (оба имеют психосоматическое измерение — читатель в этом сможет убедиться), как если бы он делал мне подарок с целью получить право начать лечение. На протяжении сорока лет своей жизни и двенадцати лет предыдущего анализа Джек сумел сохранить определенную форму сексуальной импотенции, а с подросткового возраста он страдал стойкой бессонницей. Каждый из этих симптомов отчасти был связан с бессознательными гомосексуальными страхами и желаниями, сохранившимися до настоящего времени, в течение первых трех лет нашей совместной работы все эти симптомы благополучно исчезли.

Это не означало, что Джек был безусловно рад этим изменениям. Этот аспект его аналитического путешествия вызывал в нем бурю негодования, он говорил мне: «Вы, несомненно, поздравляете саму себя с исчезновением этих двух моих симптомов. Но на самом деле ничего не изменилось. Совершенно нормально, что люди спят ночью, что же до занятий любовью, вы также должны знать, что в моем случае это можно сравнить разве что с чисткой зубов. Я чувствую, что это необходимо, и после этого я часто чувствую себя лучше. Что касается *меня* – то сейчас я более несчастлив, чем когда бы то ни было. Мой симптом, мой реальный симптом, состоит в том, что *я не знаю, как мне жить*».

При всей очевидности пафоса, который звучит в таком утверждении, нас не может не заинтересовать вопрос, кто же все-таки во внутреннем мире Джека этот Я. Тот ли это взрослый, который сейчас хорошо спит? Или же это тот мужчина, который может заниматься любовью, не испытывая при этом никаких затруднений? В каком-то смысле эти переживания не являются частью «его»; они исключены из того, что он ощущает своим настоящим Я. Его «реальное я», как он понимает его, страдает от глубокого чувства безжизненности, от которой, как он верит, не существует лечения, как если бы эта часть его никогда в действительности не была живой. Кроме того, в случае возможной угрозы это должно быть сразу же приведено в состояние *безжизненности, бесчувственности и поэтому бессмысленности*.

Аналитическая проработка этой проблемы привела меня к тревожному признанию того, что прежние невротические

симптомы Джека, помимо всего прочего, были направлены на то, чтобы тщательно замаскировать все то, что находится на заднем плане сцены его внутреннего театра. Когда симптомы исчезли, они оставили за собой безэмоциональную, пустую депрессию, которая проявлялась в его снах, лишенных сновидений, и сексуальной жизни, лишенной любви. Его представление о собственной личностной идентичности было скорее похоже на выцветшую фотографию, которую он все же хранил как знак своего психического выживания. В этой связи я спрашивала себя: «А не стала ли я для него той рамкой, в которой этот слегка окрашенный портрет может гарантированно иметь место? Джек утверждал, что не может расстаться со мной, несмотря на полную уверенность в том, что я все равно ничего не сделаю, чтобы вернуть его к жизни. Как нам следует понимать это ощущение внутренней смерти, которое замораживает любой живой импульс?» Это было так, как если бы Джеку по каким-то необъяснимым причинам было запрещено наслаждаться жизнью, получать удовольствие от ощущения того, что он живой (в любом аспекте его существования), а также принимать моменты разочарования, гнева или нарциссической боли, т.е. всего того, с чем каждому из нас так или иначе приходится сталкиваться.

Но вернемся к моему основному вопросу: что в данном случае происходит с аффектом, к которому нет доступа? Совершенно очевидно, что он не следует экономическим и динамическим путями, описанными Фрейдом в истерических и обсессивных структурах и так называемых актуальных неврозах (что сейчас мы относим к тяжелой аффективной патологии), таких, как депрессия и паническая тревога. У таких пациентов, как Джек, напротив, отмечается серьезный *дефицит* защитных механизмов и эффективных действий, когда они сталкиваются с психологической болью, независимо от того, происходит ли она из нарциссически-либидинозных или объектно-либидинозных источников. Страх потерпеть поражение от направленного вовнутрь или вовне взрыва в отношениях с другими, часто заставляет людей атаковать не только восприятие собственных эмоций, но также и любые внешние восприятия, которые могут вызывать аффекты. Иногда во время аналитической работы мы можем наблюдать это радикальное устранение эмоционально-заряженных событий

и можем открывать то, что происходит далее с таким сдерживаемым аффектом.

Несмотря на то, что в психической структуре таких пациентов, как Джек, можно выявить много интересных характерных признаков, мне бы хотелось на примере одного эпизода из нашей с ним работы показать природу аффективного нарушения и проиллюстрировать то, что происходит в моменты, когда такие пациенты оторваны от эмоциональных аспектов своей психической реальности.

Джек атакует внешнюю реальность

Как я уже отмечала, Джек обычно опаздывал на прием на десять-пятнадцать минут, утверждая, что в любом случае предпочел бы провести время в комнате ожидания, чем на кушетке. В результате моего продолжающегося внимания к его частому отыгрыванию, он на пятом году нашей совместной работы стал проявлять любопытство относительно бессознательного значения своего непунктуального поведения и сказал мне, что на следующую сессию постарается не опаздывать. Кажется, он пришел на десять минут раньше, но я сама в силу непредвиденных и неизбежных обстоятельств опоздала на десять минут. Учитывая контекст, я нашла эту ситуацию очень неудачной, о чем и сказала ему. Располагаясь на кушетке, он произнес: «Боже мой, да это меня совсем не беспокоило! Какое счастье, что у меня была возможность побыть в одиночестве. К тому же у меня было что почитать, и время пролетело так быстро. На самом деле, когда вы появились в дверях комнаты ожидания, я даже сначала не заметил вас; у меня возникло такое ощущение, что вы стали просто крошечной. Я обратил внимание, что вы были одеты не так элегантно, как обычно. Кажется, на вас было что-то грязно-серого цвета». (На мне было замшевое платье персикового цвета с длинным белым кашне, на мой взгляд, весьма элегантное!) «Да, и еще одна деталь: можно было подумать, что у вас вообще не было головы, такой съежившейся и бесцветной вы выглядели».

Стараясь проанализировать негативные чувства, которые, как я предполагала, могли быть вызваны его долгим ожидани-

ем, Джек пришел к заключению, как если бы это было упражнение на логику, что, возможно, у него возникли не совсем понятные враждебные чувства. На самом же деле он не ощущал ничего подобного и сомневался в том, что способен испытывать такие эмоции в отношении меня. После чего он назвал мне цепочку своих ассоциаций, которая включала как покрывающие воспоминания из прошлого, так и некоторые центральные фантазии, которые мы с ним уже рассматривали в процессе длительного анализа. Их можно считать «реконструированными покрывающими воспоминаниями», или историческими конструкциями, которые стали существенной частью нашей работы».

Здесь Джек пустился в одно из таких «воспоминаний» (которые стали для него несомненным фактом в течение стольких лет), когда между ним в возрасте 4 месяцев и его матерью произошло что-то гибельное и безвозвратное. После чего он полностью переключился на одну из своих детских фотографий. Со снимка на нас смотрел маленький мальчик в возрасте около пятнадцати месяцев, которого Джек всегда характеризовал не иначе, как «младенец сидит на снегу, всеми покинутый». В действительности на этом снимке, который он однажды принес показать мне, он был запечатлен сидящим на залитом солнцем белом песчаном пляже.

Когда я слушала его, мои собственные свободно-плавающие мысли в ответ на его ассоциации привели меня к следующему: «Это Джек Хорнер, “одинокий-младенец-на-снегу”, чувствующий холод и всеми покинутый, только что переживший одиночество в моей комнате ожидания, но решительно не желающий ничего знать об этих чувствах, которые, вероятно, воскресили ту травматическую ситуацию из прошлого». Не усматривая каких-либо связей в своей цепочке ассоциаций, Джек вернулся еще к одному моменту второго года нашей совместной работы, когда он неожиданно выразил желание прекратить лечение. Поскольку он уже рассказывал мне о том, что резко прерывал два предыдущих анализа, я предложила оставить время для исследования причин принятия такого неожиданного решения вместо повторения старого поведенческого паттерна без его понимания. С этого момента Джек постоянно упрекал меня за непризнание крайней важности его спонтанного желания прекратить анализ

и утверждал, что я надолго разрушила его шансы пережить истинное желание: «Вы наверняка знали, что я бы все равно никуда не ушел. Так нет же, вам нужно было все испортить. Сейчас это разрушено навсегда. Отныне у меня уже никогда не возникнет собственного спонтанного желания».

И вот опять передо мной был маленький Джек Хорнер, который рисует себя четырехмесячным или пятнадцатимесячным младенцем, полным жизни и подающим спонтанные и многозначительные жесты аналитику-матери. Однако она оказывается безжалостной, не заботящейся или отсутствующей матерью, которая вынуждает его раз и навсегда принять то, что он не сможет никогда стремиться к личной свободе, спонтанным желаниям, к жизненности и эмоциональному возбуждению, разве что ценой утраты материнской любви и ее успокаивающего присутствия. И он реагировал на это, как маленький ребенок, который должен атаковать свое *восприятие* матери, которую он чувствовал как отвергающую и причиняющую ему боль. У матери нет головы, она стала маленькой и бесцветной. Именно от этого сухого и безжизненного образа он и обращается в бегство. Но поступая таким образом, он интернализирует ее и теперь уже он сам идентифицируется с этой безжизненной матерью в своем отношении к собственному детскому Я. Как ребенок он по-прежнему чувствует, что не способен отказаться от матери. Она является для него самой жизнью. Вместо этого он отказывается от собственных жизненных сил. Он скорее заморозит себя в образе «одинокого-младенца-на-снегу», теперь играющего двойную роль: это одновременно и непокорный ребенок и неодобряющая, неотзывчивая, непонимающая мать. В переносе он оказался способен спроецировать на меня эту частичную внутреннюю репрезентацию матери.

Андре Грин (Green, 1973), ссылаясь на психотические способы переживания аффекта, обратил внимание на то, что «парадоксальная аффективность выражается в действии и в неожиданном и взрывном импульсивном поведении. Связь между аффектом и репрезентацией можно проследить в отношении между действиями и галлюцинаторной активностью. Аффект отреагируется, а его репрезентация уже больше не подчиняется реальности». Далее Грин ссылается на Биона (Bion, 1959), который

считал, что некоторые психотические пациенты ненавидят реальность как таковую, что в результате приводит к торможению аффективного опыта с помощью Эго. В то же самое время имеют место деструктивные атаки на все психические процессы, атаки на репрезентацию или восприятие объекта, на собственное тело субъекта и, прежде всего, на собственные мыслительные процессы. Аффекты не только отфильтровываются с ненавистью, но ненавидятся как таковые.

Такие пациенты, как Джек и Тим (глава 8), действительно используют психотические защитные механизмы, но они не страдают от психотических нарушений мышления. Джек несколько раз говорил, что он был «аутичным ребенком», Тим на первом интервью назвал себя «шизоидной личностью», а Кристофер (глава 3) утверждал, что он был «умственно отсталым ребенком с психотическими проявлениями». Но в каждом случае эти высказывания принадлежали взрослой части личности, комментирующей и наблюдающей переживание стресса травмированным внутренним ребенком. В некотором смысле для каждого пациента это была интеллектуальная защита от того, чтобы действительно внимательно *выслушивать* сообщения страдающего ребенка и ухаживать за этой поврежденной детской частью себя.

Трудности контрпереноса, которые возникают почти неизбежно, не проявляются в неспособности идентифицироваться с младенцем, спрятанным во внутреннем мире таких пациентов. Напротив, трудности связаны с признанием того, что человек совершенно не способен поверить в то, что ему может быть оказана помощь в его проблеме. Такие люди предпочитают скорее отказаться от любого предложения о помощи, чем еще раз погрузиться в травматические детские переживания. В связи с отсутствием проявляющего заботу материнского интроекта (Krystal, 1978a, 1978б) они не могут понять того, что происходит. В аналитических отношениях это становится очевидным, когда аналитику отводится роль неадекватной, некомпетентной или совершенно отсутствующей матери, с которой пациент все еще пытается в своих бессознательных фантазиях «свести счеты», т. е. доделать то, что ему не удалось в детстве. Как только эти фантазии и вызываемое ими поведение начинают осознаваться и анализироваться, открывается доступ и к другим образам

матери, что в конечном счете может привести к психическим изменениям (особенно нагляден случай Жоржетты, глава 10).

Помимо этих сложных проекций материнского объекта, аналитик также должен быть открыт для переживаний, связанных с отцом, который также не справился со своей задачей, состоящей в том, чтобы защитить ребенка от взрывного материнского образа. Отец воспринимается не только запрещенным и осуждаемым приложением к «материнской груди», но он также переживается как не предлагающий никаких компенсаций за отказ от своих позиций. Иногда, как уже отмечалось, эта однобокая эдипова организация может привести к попыткам заменить запрещенную интернализацию матери чем-то аддиктивным. Таким образом, мать становится, как в случае ребенка с нарушениями, *не объектом стремлений и либидинозных желаний, а исключительно объектом реализации потребностей.* Тогда репрезентация отца инвестируется как фигура, которая отказывает грудному ребенку в праве стать отдельным индивидом и, возможно, даже в праве на жизнь. Таким образом, скорее Нарцисс, а не Эдип взывает к нам о помощи. Это также означает, что от аналитика ожидается поддержка потребностей и выдерживание ударов взбешенного ребенка, который всеми имеющимися у него средствами борется за само право на существование.

С контртрансферентной точки зрения, наш собственный «Нарцисс» попадает в ситуацию жестокого испытания. И у нас возникает соблазн спросить себя: «Почему же этому ребенку требуется столько понимания, внимания и поддержки в отличие от других?» (Но истощенный ребенок внутри нас *действительно* нуждается, причем в большей степени, чем невротически структурированный пациент, имеющий в своем внутреннем мире двух «достаточно хороших» родителей.) И необходимо терпение, поскольку мы должны уметь сдерживать и исследовать наши собственные аффективные реакции, ожидая рождения истинного желания у другого; подобное желание будет отличаться от гневного требования мести и ожидания полного возмещения. Подобная задача сопряжена с риском, поскольку мы сталкиваемся с аспектом внутренней смерти, которая проникает в аналитический дискурс и лечение и представляет угрозу нашей собственной внутренней жизнеспособности. Мы можем

также стать жертвой разочарования наших пациентов во всех их отношениях, и это приведет к дезинвестированию утомительного и кажущегося бесконечным психоаналитического путешествия. Иными словами, в результате мы можем прийти к заключению, что вообще не стоило отправляться в это путешествие. Поэтому мы должны быть убеждены в том, что некоторые психические изменения возможны, и однажды у наших дизаффективных пациентов хватит смелости перестать балансировать на тонких канатах выживания и начать жить.

Подобные размышления о контрпереносе затрагивают еще один вопрос, имеющий отношение к данной теме. Почему мы принимаем в анализ тех пациентов, чьей целью является сопротивление аналитическому процессу так, как если бы их жизни угрожала опасность, пациентов, у которых чувствуется острая, хотя, как правило, бессознательная потребность в том, чтобы анализ провалился, поскольку они испытывают ужас перед неизвестным миром, который может открыться им, если произойдут какие-то важные изменения. Отчаявшемуся ребенку, который прячется внутри такого упорствующего взрослого, кажется, что изменения могут быть только к худшему. Такой страх является движущей силой для непрерывного отреагирования, атак на психоаналитический сеттинг или аналитические отношения, для постоянного устранения любых инсайтов, когда появляется хоть какой-то проблеск надежды, что жизнь может стать творческим и увлекательным путешествием, а не полем битвы. Такие пациенты взывают о помощи, причем их мольбы напоминают кредо наркомана: «Пожалуйста, помогите мне, но вы столкнетесь с тем, что я сильнее вас. И вы ничего не сможете сделать».

Дело в том, что, начиная такой анализ, мы зачастую не осознаем всех трудностей будущего аналитического пути. Конечно, иногда нашей мотивацией является нарциссическое желание иметь успех там, где другие потерпели фиаско! Кроме того, всегда имеет место тенденция проецировать на будущее пациента то, что он будет принимать активное участие в анализе. Мы склонны верить в то, что пациент будет способен к хорошему взаимодействию с нами, и убеждаем себя еще на этапе первичных интервью, что мы уже поняли позитивные аспекты в его психической структуре. Мы чувствуем, что этим пациентам

крайне необходима помощь, и это так или иначе расценивается как позитивный знак. Конечно же, нам хочется верить в то, что к анализу способен любой человек, который кажется серьезно желающим пройти его, осознающим свои психические страдания и стремящийся раскрыть их причины. Возможно, в каждом из нас прячется некий доктор Х., убежденный в том, что любой человек может извлечь пользу из анализа и что любое психоаналитическое путешествие всегда оправдано!

Когда я сама чувствую у потенциального пациента желание узнать больше о своем внутреннем мире, у меня возникает аналогичное желание. Даже в случаях, когда уже потрачены долгие годы на анализ, но пациент все еще имеет желание продолжить свой поиск, проявляет желание узнать еще больше, открыть то, что еще неизвестно, все это словно бросает вызов нашей способности к дальнейшему исследованию. Возможно, ловушка контрпереноса как раз и заключается в желании узнать *слишком много*? Так, Бион однажды заметил, что аналитик — это тот, кто скорее предпочитает прочесть человека, чем книгу.

Но предположим, что мы обманываем себя. Что, если в этой книге нет ни одного пригодного для чтения рассказа, потому что автор не имел слов, с которых он мог бы начать? Или же ему никогда не хватало смелости перевернуть первую страницу из-за страха перед тем, что он может дальше прочитать и открыть для себя и для нас? Возможно, начало рассказа также является его концом, и поэтому мы лишь наматываем круги, стараясь прочитать немного дальше? Как бы то ни было, как только мы отправляемся в подобное путешествие, нам следует признать ответственность за это взаимное предприятие. Естественно, мы осуществляем это за определенную плату. Те пациенты, которые парализуют нашу функцию «читатель-аналитик», вызывают у нас болезненные чувства неудовлетворенности. Как можем мы давать жизнь тем, кто просит нас только помочь им сохранить свои тюремные стены нетронутыми? Как после этого мы будем *относиться к самим себе*?

Что же нам делать с ощущением полной беспомощности, вызванным нашей неспособностью сделать пациентов менее дизаффективными, чтобы у них появилась хоть какая-то надежда и в результате возникло желание оставить нас и начать жить?

И, наконец, что мы делаем с чувством отчаяния по поводу себя самих и нашей работы? Говорят, что если долгое время на что-то смотреть, это становится интересным. Хотя приходится в одиночку наблюдать своих безэмоциональных и неприступных пациентов и хотя мы знаем, что никто не придет и не протянет нам руку помощи, у нас, по крайней мере, имеется возможность поделиться своими тревогами, ощущением собственной некомпетентности и поговорить о нашем непонимании. Это может служить одним из объяснений того, почему мы выступаем с докладами, организуем коллоквиумы и пишем книги. Таким образом, терапевты и пациенты, так же как и все те, кто просто интересуется психоанализом, но не является ни пациентом, ни аналитиком (и которые, возможно, способны быть своими собственными психоаналитиками), могут разделить наш клинический опыт и наши теоретические поиски. И даже когда пациенты, которые оказывают сопротивление аналитическому процессу, вызывают у нас страх того, что анализ может продолжаться до бесконечности, мы можем чувствовать себя благодарными им за то, что они открывают перед нами еще неизведанную область исследований.

Однажды Джек Хорнер после восьми лет поисков большего понимания своего внутреннего мира заметил: «Я вас полностью нейтрализовал. Неважно, что вы делаете или говорите; мы с вами уже никуда не сможем прийти». Когда я спросила у него разрешения привести в книге его случай, а также показать то чувство безнадежности, которое у него возникло в отношении нашей совместной работы, он ответил: «Почему бы и нет? Мой анализ не представляет для меня никакой пользы, но я надеюсь, что вам удастся сделать из этого коротенькую статейку».

Глава 8

ДОВОДЫ СЕРДЦА

Блез Паскаль, французский философ и физик, в своем известном труде «Мысли», опубликованном в 1670 г., провозгласил: «Сердце имеет доводы, которых не знает разум». Если поэты, влюбленные и мистики всегда знали о том, что «у сердца имеются доводы, неведомые разуму», то это, возможно, объясняется тем, что интуитивно они ощущали, что сердце – это важный эмоциональный орган, метафора любви, печали и ностальгии, равно как и ненависти, гнева и жестокости. Фрагмент анализа, который я приведу в этой главе,– аналитическая история мужчины, который с детства мечтал стать «бессердечным», чтобы не ощущать ни физической, ни психической боли. Посредством травмирующих обстоятельств в психику этого отважного маленького мальчика был привит идеал эмоциональной неуязвимости. По крайней мере, именно так этот в недалеком прошлом ребенок интерпретировал наставления своей матери. В свете нашего психоаналитического путешествия, которое продолжалось шесть лет, можно предположить, что потерявшая мужа мать, неспособная удержать в себе и проработать свою эмоциональную боль, навязывала своим детям скрытый закон, требующий при любых обстоятельствах полностью контролировать свои чувства. Страх, слезы, гнев или любые другие проявления эмоций могли вызвать ее неудовольствие и, что еще хуже,– ребенок рисковал потерять ее любовь. А поскольку никому не приходило в голову усомниться в ее любви, этот вопрос никогда и не обсуждался.

Тиму было около тридцати. Очки в круглой оправе, свитер и голубые джинсы, всем своим видом он походил на серьезного молодого профессора. Он сообщил о своем желании продолжить прерванный два года назад анализ. «С тем аналитиком мы проработали пять лет. С его помощью я почувствовал большую уверенность в себе, мои мысли стали более ясными, изменился стиль одежды... но все же ни одна из моих глобальных проблем не была решена. Я по-прежнему ощущаю пустоту... и отсутствие контакта с другими людьми». Сколько он себя помнил, это всегда было так.

Внешне казалось, что Тим вел размеренную жизнь, которая была вполне успешной. Однако в его карьере произошли изменения, и должность учителя в местном университете перестала представлять для него всякий интерес. Он говорил о своей привязанности к жене и дочерям, но при этом заявлял о том, что они получают мало удовольствия от совместной жизни с ним. Иногда ему было трудно поверить в то, что они не притворяются. С женой они регулярно занимались любовью, и у них не возникало каких-либо проблем, но сексуальная жизнь мало интересовала его, так как занятия любовью редко приносили ему удовольствие. В то же самое время он не усматривал в отсутствии удовольствия какого-то симптома. Поэтому, когда некоторые женщины на работе проявляли к нему определенный интерес, у него не возникало на их счет каких-либо желаний или фантазий.

Информация, которую предоставил мне Тим о своем детстве, была скудна и разрознена. Когда Тиму было семь лет, его отец скоропостижно скончался, и больше уже ни одному мужчине не удалось занять его место в доме. Матери стоило невероятных усилий в одиночку поднять Тима и двух его старших сестер. «Я очень хорошо помню тот день, когда моего отца не стало», сказал Тим, «но я не помню, чтобы это как-то серьезно на мне отразилось. Я совсем не плакал. Когда это произошло, я несколько дней гостил у родственников. За день до смерти отца у меня случилось расстройство кишечника, что было невозможно объяснить, и мне было очень стыдно за это, поскольку ничего подобного со мной давно не случалось. На следующий день моя тетя сказала, что у нее есть печальная новость о моем отце. Моей

первой мыслью было, что его посадили в тюрьму. Но когда она сказала мне, что он умер, я был убежден в том, что это моя вина — из-за того расстройства кишечника. Как если бы это я убил его».

Когда я спросила Тима, помнит ли он что-то о своем отце, он ответил: «О да, он был bon vivant». С французского языка это переводится как веселый, обладающий хорошим чувством юмора и умеющий ценить земные радости человек. Но согласитесь, что буквальное значение «хороший и живой» — несколько парадоксальный способ описания покойного отца! Я спрашивала себя, мог ли семилетний Тим похоронить все свои жизненные силы и радость, которую он получал от жизни, со своим «хорошим и живым отцом». К тому сухому портрету, который он представил о самом себе, Тим добавил, что он не только никогда не плакал, но даже и не видел снов. От него веяло каким-то отчаянием и внутренней смертью, которые не выражались ни в слезах, ни в печали, это, казалось, лишало его способности испытывать удовольствие в каком бы то ни было аспекте жизни. «Наверное, вы считаете, что я отношусь к шизоидному типу личности»,— констатировал он уныло.

Я спросила Тима, что бы он хотел получить от дальнейшего анализа. «Возможно, мне нужно проработать вещи более глубинные, чем смерть моего отца. Я уже говорил об этом много в своем первом анализе. Я достаточно отчетливо помню, что хотел занять место отца рядом с матерью и очень расстраивался, когда она не позволяла мне спать в ее кровати. Но более ранних воспоминаний у меня вообще нет. Вот почему я думал, что женщина-аналитик могла бы помочь мне проанализировать все это глубже». После небольшой паузы он добавил: «Это как если бы я искал утраченную часть самого себя». Я считаю, что эта фраза сыграла решающую роль в моем принятии Тима как своего будущего пациента. Он сказал, что очень хотел бы начать свое аналитическое путешествие, но не возражает, если придется подождать год или больше, пока у меня не освободится время для него.

Спустя полтора года мы, наконец, приступили к работе. Каково же было мое удивление, когда Тим стал опаздывать на каждую сессию на пятнадцать-двадцать минут. Потом он

обычно еще минут десять лежал молча, снимая и надевая очки, как будто внутренне споря сам с собой, рассказывать мне или нет то, что он мог видеть. Спустя некоторое время он начал пропускать сессии без видимого предлога. Если я собиралась уйти в отпуск, он исчезал с психоаналитической сцены за неделю до моего отъезда. Мои интерпретации его опозданий, длительного молчания и частых отсутствий ни к чему не привели. Он соглашался интеллектуально с тем, что это могло отражать его тревогу или враждебность, связанную с нашими отношениями, или атаки на сам аналитический процесс и что он может таким образом желать установить между нами некоторую дистанцию. Он комментировал это следующим образом: «Это интересная мысль, но я ничего не чувствую». Он также согласился с интерпретацией, что ему, бесспорно, нужно было контролировать опыт сепарации, хотя он настаивал на том, что эти «интересные мысли», не вызвавшие у него никаких эмоций, были исключительно логическими умозаключениями. Поэтому, как и ожидалось, они с самого начала не приводили к каким-либо психическим изменениям, а впоследствии были попросту забыты.

Я по крупицам собирала детские воспоминания Тима, в частности, его воспоминания об отце. В доме всегда царило веселье, потому что отец любил выпить с друзьями, несмотря на то, что его жена никогда этого не одобряла. Тим рассказал мне об одной сцене, которая потрясла его и на всю жизнь врезалась в его память: отец на его глазах размозжил топором голову их коту. Тим считал, что это мать виновата в том, что отец пошел на такое жестокое убийство. Ведь именно она постоянно сетовала на то, что их кот очень нечистоплотен. Предположение о том, что в детстве он, возможно, боялся того, что отец способен проделать то же самое и с маленькими мальчиками, которые плохо себя ведут, не пробудило никакого отзвука в его психике. Он также не видел никакой связи между этой сценой и своими детскими фантазиями о том, что он убил отца фекальным испражнением. Однажды, когда мы обсуждали с ним эти подробности, он вспомнил еще один факт из своего детства. Это был период, когда он страдал бессонницей, в течение которой он ходил на цыпочках по дому, опасаясь, что напряжение,

которое он испытывал, могло разрушить стены и убить мать и сестер! На основании этих разрозненных воспоминаний у меня сложился образ маленького мальчика, которого ужасала собственная жестокость и собственная всемогущая сила-способность принести смерть тем, кого он любил. Мы назвали это фантазией-убийцей, сейчас полностью заключенной внутри взрослой личности Тима, его «Кинг Конгом», однако вскоре эта фантазия также была утрачена. Тим устранял любые эмоции из своей памяти и также из моих интерпретаций, оставаясь в неведении относительно их скрытых бессознательных значений. Аффективной в те моменты была только я. Казалось, что у него абсолютно отсутствовали эмоции, которые обычно возникают при таких детских воспоминаниях, и они не могли быть прикреплены ни к переносу, ни к фигурам из его прошлого. Тим утверждал, что его вообще ничего не может сильно взволновать, и на самом деле не верил, что в детстве он был особенно тревожным, вспыльчивым или несчастным. Что же касается наших с ним отношений, он сожалел о том, что не мог испытывать позитивных или негативных чувств ко мне; в равной степени он был неосведомлен о каких-либо ярко выраженных эмоциях в отношении других людей в его жизни. Скорее, аффективные реакции на события и других людей казались ему непостижимыми. Когда люди испытывали удовлетворение, связанное с достижением какой-либо цели, или проявляли беспокойство перед невзгодами, которые могут на них обрушиться, Тим с трудом мог поверить в подлинность этих чувств.

Однажды, когда он по обыкновению жаловался на бессмысленность своей жизни, я сказала Тиму, что вижу внутри него печального и ожесточенного маленького мальчика, похоронившего в себе все живое вместе со своим умершим отцом и поэтому сомневающегося в том, могло ли его существование иметь какой-то смысл для других. Создавалось такое впечатление, что он должен был быть уверен в безразличном отношении со стороны жены, матери и аналитика к тому, сможет ли выжить этот несчастный ребенок. На какое-то время в кабинете воцарилось напряженное молчание. Затем Тим сказал такую фразу: «Ваша мысль о том, что я почему-то не существую для

других людей, произвела на меня такое глубокое впечатление, что у меня даже дыхание перехватило». Было ощущение, что он готов разрыдаться, однако до самого конца сессии он сохранял молчание. Я напряженно ожидала следующего аналитического сеанса. После обычных десяти минут молчания Тим вдруг заметил: «Меня утомил этот анализ и ваше вечное молчание. Здесь никогда ничего не произойдет, потому что вы никогда ничего не говорите. Лучше бы я пошел на кляйнианский анализ!» Все, что нам удалось достичь на предыдущих сессиях, рухнуло в одночасье! Лишь потом я смогла понять, что в тот самый момент, когда у Тима возникли проблемы с дыханием, он начал изгонять из своего сознания и тела память о моих словах с их психологическим и физическим эхом, т. е. с их эмоциональным воздействием.

В следующий раз этот неприступный бастион эмоциональной неуязвимости, выдержавший все атаки времени, а также и атаки моих интерпретаций, еще раз немного сдал свои позиции. На сессии, когда Тим снова начал жаловаться на то, что ощущает себя неживым и не приносящим никакой пользы, я заметила ему, что маленькому мальчику семи лет должно быть трудно неожиданно для себя стать главой семейства без поддержки отца, который мог бы рассказать сыну, как должен вести себя мужчина. К моему удивлению, Тим внезапно разрыдался, что вызвало у него сильное смущение, а у меня удивление, ведь это были его первые слезы за многие годы, за все то время, о котором у него сохранилась память. На этой сессии он согласился с моим предположением о том, что его реакцией были не только чувства печали и вины, но также и ощущение нарциссической травмы, когда его любимый, полный жизни отец умер, оставив его ощущающим себя безжизненным и бесполезным. Через несколько дней, когда я снова обратилась к маленькому осиротевшему мальчику, Тим с трудом мог вспомнить то, что он плакал, и почти совсем забыл содержание этой сессии! Это должно было стать повторяющимся паттерном, как если бы любые мысли, которые могли бы снова вызвать эмоции, необходимо было быстро удалить из сознания. Бессознательный психический паттерн Тима разрывать любую связь с аффективно окрашенными мыслями, как доставляющими удовольствие, так и болезненными, был

самой яркой характерной чертой в его психическом функционировании.

Здесь мы опять же сталкиваемся с признаками психологической депривации, которые мы рассматривали в главе 3, когда и психическая репрезентация, и сопровождающий ее аффект быстро удаляются из сознания без каких-либо признаков или симптомов, возникающих как некоторое замещение. Следует еще раз вспомнить о том, что психическая эвакуация, как мы уже подробно рассматривали в главе 6, отличается от того, что ассоциируется с вытеснением или отрицанием и почти соответствует процессу, происходящему при психозе. На основании своего предыдущего клинического опыта я сделала вывод, что эти архаические формы защиты от психической боли, в которых расщепление и проекция должны использоваться вместо вытеснения, зачастую связаны с ранней психической травмой. Кроме того, в своей практике я столкнулась с тем, что этот характерный способ психического функционирования часто был связан с аддиктивными наклонностями, а также серьезными психосоматическими нарушениями. Но все это было совсем не похоже на проблемы Тима. Только потом я поняла, что мне следует уделять больше внимания этим тревожным признакам и привлекать внимание Тима к его способам атаки любой мысли или события, которые могли вызвать у него определенные эмоции.

Тогда ничто не предвещало трагедии, но я тем не менее чувствовала себя обескураженной и угнетенной от этого анализа. Когда я увидела, насколько холодно и безэмоционально Тим относится как к своему настоящему, так и прошлому, я решила попробовать более продолжительные интервенции, пытаясь заполнить ту «гробовую» тишину, которая скрывалась за словами Тима и, очевидно, захватывала его внутренний мир. В то же самое время я старалась побороть в себе искушение самой упасть в эту «леденящую душу тишину». Я догадывалась на раннем этапе нашей совместной работы, что за травматическим переживанием потери Тимом отца в детстве скрывается более примитивный психический стресс в младенчестве, который и без того усложнил трудную для маленького ребенка задачу работы горя. Не сам ли Тим отмечал на первичном интервью,

что он пытался понять примитивные аспекты своих взаимоотношений с матерью? В то же самое время он, казалось, был не способен высказать хоть какие-то предположения, что это могло быть. Без сновидений, фантазий или свободных ассоциаций, которые могли бы помочь нам, у нас обоих было ощущение, что мы зашли в тупик.

Тим делал все возможное, чтобы внести свой вклад в аналитическое путешествие, поэтому он даже спросил у матери, не припоминает ли она каких-то странных событий из его раннего детства. На что она ответила ему, что война и смерть отца сделали жизнь маленькой семьи очень трудной. А потом добавила, вызвав изумление Тима, что в детстве он был непослушным и совершенно неуправляемым. Ей пришлось приложить огромные усилия, чтобы он начал соблюдать правила хорошего тона. Все следы этих ранних лет противостояния, стерлись из памяти Тима. Сколько он себя помнит, он всегда был скрытным, спокойным и отстраненным. Мы предположили, что, возможно, изменения начали происходить после смерти отца.

К концу второго года нашей работы с Тимом он уже больше не опаздывал и не пропускал сессии. В отношении его внезапных отъездов перед каждым моим отпуском он соглашался с интерпретацией, что, возможно, ему было необходимо как-то контролировать подобный опыт сепарации, поскольку его отец умер именно тогда, когда был в отпуске. Он признавал, что иногда ему казалось, что я могу умереть, находясь в отпуске, и эта фантазия очень разрушительно влияла на него. Были периоды, когда он отводил мне роль матери, «неизменно принимающей все решения, не консультируясь с кем бы то ни было». В результате он шел наперекор мне и не хотел приходить в назначенные мной дни. В этом году он сообщил о своем намерении продолжать анализ вплоть до последней сессии перед летним перерывом.

Ближе к лету в ассоциациях Тима появилась новая тема. Он постоянно возвращался к мысли, что ему скоро должно было исполниться сорок лет. Когда я спросила, что это означает для него, он ответил: «По молодости я всегда говорил, что не смогу перейти сорокалетний рубеж, да и вообще потом вряд ли можно ожидать что-то хорошее». Поскольку казалось, что Тим не способен идти дальше в своих ассоциациях, мне

пришло на ум (я допускаю, что до некоторой степени с опозданием) поинтересоваться у него, в каком возрасте умер его отец. Тим задумался: «Сейчас вспомню. ...Думаю, он умер летом. Да! И, кстати, ему должно было исполниться сорок». Все мои попытки сделать так, чтобы Тим начал анализировать фантазии о собственной смерти, возможное детское желание воссоединиться с отцом, чувство вины за смерть отца, а также за то, что сам он пережил отца и т. д., ни к чему не привели. Тим оказался не в состоянии попытаться найти возможные ответы и утверждал, что не имеет каких-либо конкретных эмоций, связанных с этими мыслями.

Я подхожу сейчас к самой травматичной части нашего с Тимом аналитического путешествия. За неделю до начала моего отпуска во время сеанса, на который Тим не пришел, мне позвонила его жена и сообщила, что ночью у него случился инфаркт миокарда. Она заверила меня в том, что он уже вне опасности, но, возможно, он будет находиться в больнице некоторое время. Отвечая на мой вопрос, она сказала, что у Тима не было никаких признаков кардиологической патологии, несмотря на то, что он постоянно курил и часто задыхался. Перед тем как попрощаться с ней, я спросила адрес больницы и опустилась в кресло с чувством, что я сама испытала травматический шок.

В течение этой несостоявшейся сессии с Тимом, которая стала аналитической сессией, которую я проводила сама с собой, я старалась собрать воедино все мои представления о нем, сделать необходимые записи и не допустить никаких слез. Я пребывала в неведении, что Тим очень много курит, и мысленно возвращалась к тем моментам, когда у него возникали фантазии принести грязные бычки или собачьи экскременты в мой кабинет и его заботливое замечание однажды: «Надеюсь, я не отравляю вам легкие». Я интерпретировала это как детские любовные фантазии о проникновении в мое тело своими фекалиями, а также как их агрессивную составляющую, чтобы меня постигла та же участь, что и его отца, которого Тим в своих детских фантазиях убил неожиданным извержением фекалий. Не представлял ли Тим в своих фантазиях и мою смерть? Выражая беспокойство по поводу моих легких, он на самом

деле «отравлял» свои собственные, как если бы он мог заботиться о себе только посредством заботы обо мне.

Мысленно возвращаясь назад к своим реакциям контрпереноса, я поняла, что часто испытывала непреодолимое желание вмешаться, быть живой на его месте, в то время как его ассоциации меня буквально парализовали. Много времени я фантазировала, представляя себя на его месте, одновременно стараясь провести параллели с прошлыми сессиями, которые он неизменно пропускал. Не сводил ли он, таким образом, счеты с архаическим образом своей матери, которую считал неспособной «услышать» его? понять его потребности? дать ему право на обретение собственной идентичности? желать, чтобы он жил? Или же, возможно, это было его наказанием себе за то, что он ничего не смог сделать, чтобы отец остался в живых? Следует отметить, что, помимо способности Тима устранять из памяти каждое аналитическое взаимодействие, которое представляло для него интерес или вызвало определенную эмоциональную реакцию, я играла также роль его памяти в отношении мыслей и чувств.

Мне было по-прежнему не по себе, но я все же решила написать Тиму, выражая свое беспокойство и обращая его внимание на то, что когда он поправится и сможет вернуться, мы обсудим много «жизненно важных вопросов». Немного подумав, я решила начать письмо с обращения «Дорогой Тим». Во Франции использование одного имени в профессиональных отношениях можно встретить крайне редко, но я не могла заставить себя обратиться к нему традиционно «Уважаемый господин». К своему удивлению, я получила ответ, в котором он писал: «Когда в самом начале Вашего письма я прочитал «Дорогой Тим», у меня было ощущение, что я обрел это имя первый раз в моей жизни». Эта фраза укрепила мое убеждение, что Тим действительно повзрослел, не обретя права на свое существование или, по крайней мере, права жить полной жизнью и наслаждаться всем тем, что может предложить взрослая жизнь.

Я переформулировала старые вопросы: «Не пытался ли Тим свести счеты со своей архаической материнской фигурой, которая никак не реагировала на его потребности и желания, которая не хотела, чтобы он жил? Не стремился ли он через это

к эротическому слиянию в могиле со своим «хорошим и живым» отцом? Тогда возникает нелегкий вопрос, к которому я постоянно возвращаюсь в своих размышлениях: «Не вверил ли Тим на сохранение мне свою жажду жизни, одновременно с этим испытывая желание, чтобы я видела сны, чтобы у меня возникали различные фантазии, чтобы я испытывала желания за него? Возможно, это позволяло его собственному влечению к смерти и лишенной репрезентации депрессии продолжать их коварную работу. Так что же я так и не смогла услышать? Жестокость его собственной агрессии? То, что он желал моей смерти? Своей смерти?»

В дальнейшем у меня появилось все больше и больше вопросов, на которые я не могла найти ответа. Возможно, я была матерью, стремящейся защитить ребенка, оплакивающего смерть отца и задыхающегося внутри заключенного в тюрьму его взрослого Я? Может быть, в результате я взяла на себя слишком мало от роли живого отца, способного заставить своего сына признать свой гнев и ненависть и их секретные фантазии-цели? Какими бы ни были ответы на эти нескончаемые вопросы, мне казалось, что они должны относиться к чему-то жизненно важному, что пока еще я не могла ощутить: даже когда я говорила много, Тим утверждал, что я ничего не сказала!

Несколько ответов, которые я смогла найти на эти вопросы, при всей их незначительности, были плодами пятилетней конструкции и реконструкции. Тим стал видеть сны, фантазировать и плакать. Тот медленный процесс, благодаря которому эти достижения стали возможными, равно как и осознание основного смысла четырехлетней борьбы Тима с курением, будут подробно рассматриваться в следующей главе.

Глава 9

ГОРЕ БЕЗ СЛЕЗ

Прошло несколько месяцев, и мы снова встретились с Тимом для того, чтобы возобновить анализ. Прежде чем продолжить аналитическую работу, мы обсудили то, что случилось и какие уроки можно извлечь из этого для будущей работы. Казалось, что Тим впервые был действительно заинтересован в исследовании своего психического функционирования. Я сделала акцент на двух психологических факторах, которые, на мой взгляд, представляли угрозу его жизни: его способе реагирования, когда у него возникали какие-то мысли или он сталкивался с событиями, вызывающими глубокие эмоции, и его зависимости от курения, до настоящего времени остававшейся скрытой.

По словам Тима, он понимал, что причина его страданий, очевидно, состоит в том, что он не может овладеть своими чувствами и поэтому стремится уничтожить следы любых сильных эмоций, которые могли угрожать захватить его. Так же как и я, он хотел выяснить, не могло ли подобное отношение к собственной эмоциональной жизни привести к тем проблемам с сердцем, которые у него были, поскольку специалисты указывали, что его кардиопатология, возможно, развилась с возрастом. Я сказала ему, что нам не следует пренебрегать анализом наших аналитических отношений, кроме того, мы должны учитывать влияние непосредственно аналитического процесса, поскольку и то и другое могло привести к повышению

эмоционального возбуждения в различных направлениях, что он ранее не признавал. Тим согласился с этим замечанием и подтвердил, что действительно надеется на то, что это позволит ему глубже понять собственные эмоциональные реакции на отношения, которые складываются как в рамках аналитических отношений, так и во внешнем мире. Однако он сомневался в своей способности что-то изменить в этой сфере своей психической жизни. Очевидно, такая сильная защита, которая выражалась в неуязвимости, не могла сформироваться без видимых на то причин, и впоследствии мы обнаружили, что сама мысль о таких изменениях представляла для него угрозу.

Потом мы обсуждали предупреждение врачей об опасности продолжения курения. Опять же создавалось впечатление, что Тим сомневался в том, что ему под силу бросить курить, но соглашался с тем, что он может узнать что-то новое о своей психологической потребности в таком интенсивном курении. Он принял мою гипотезу о том, что курение могло быть скорее одним из способов избавиться от своих чувств, нежели признать их и думать о них,– это как создание «дымовой завесы» между ним и той частью его психической реальности, которая регистрировала его эмоциональные переживания.

Хотя в последующем анализе Тима было много интригующих моментов (его эдипальные предубеждения, примитивные сексуальные фантазии, затруднения, которые он испытывал при исследовании крайне жестоких фантазий, его хрупкий нарциссический образ и т. д.), я ограничусь только двумя из них. Мы рассмотрим его безэмоциональный способ психического функционирования и зависимость от курения, оба из которых, очевидно, представляли потенциальную угрозу его жизни.

Потребовались месяцы, даже годы, на то, чтобы Тим начал медленно получать представление о своей глубинной проблеме: неспособности признавать полный спектр своих чувств и очень важные моменты в своей жизни. На одной из сессий он заявил в отчаянии: «Я просто не знаю, что такое эмоция на самом деле. Постойте... я, кажется, припоминаю одну... когда я заплакал прямо здесь. Вы знаете, я отдал бы все на свете, лишь бы избежать этого, и все же, после того случая, я ощущал себя более реальным». Он продолжал: «Я знаю... есть две эмоции —

печаль и радость! Мне кажется, это судьба?» Смущало то, что Тим совершенно не осознавал моменты гнева, тревоги, любви, чувства вины, ностальгии и т.д. Или же, если и осознавал, был не способен признать и безошибочно назвать эти эмоции и, следовательно, не мог размышлять о событиях, связанных с ними. Даже незначительное удивление приводило к тому, что его сердце разрывалось на части, поскольку его психика отказывалась учитывать и взаимодействовать с большей частью его психической реальности какими-то иными способами, кроме простого посылания примитивных сообщений, что могло находить свое выражение лишь в регрессивной форме соматической разрядки. Очевидно, Тим прибегал к непрерывному курению (и количество выкуриваемых сигарет не уменьшалось, несмотря на серьезные предостережения врачей) как к единственно возможному способу справиться с эмоционально-заряженным опытом и как-то пережить его. На одной из сессий, не забывая о том, насколько осторожно Тим относился к погружению в эмоции, с которыми он был не в состоянии справиться, я ограничилась замечанием, что грусть и радость представляют собой ценное психологическое обладание. На что Тим пробормотал: «Да... обладание... они часть меня!»

К нашему обоюдному с ним удовольствию на следующей сессии мы смогли вернуться к этим новым инсайтам. «Выйдя за порог вашего кабинета, я очень разволновался, и как только сел за руль, мои глаза наполнились слезами. И я сказал себе, что должен ухватить это чувство, и оно внезапно нахлынуло на меня. Невероятно! Мой аналитик волнуется обо мне; ее беспокоит то, что у меня отсутствуют эмоции». Потом, уже по дороге домой, слезы опять наворачивались на глаза, и он говорил себе: «Но почему же это она, а не моя мать, которая должна была объяснить мне, что это хорошо, когда у человека возникают разные чувства?»

Чувства и фантазии, которые возникли после радости и грусти и которые прояснились и обрели многозначность, были связаны с насилием. Мы оба согласились с тем, что Тим боялся не только собственного насилия, но также испытывал страх перед тем, что окружение (включая и его аналитика) могло не справиться с нарастающей у него деструктивностью.

По мере того как его воспоминания о настоящих и прошлых событиях стали медленно связываться с ассоциирующимся с ними эмоциональным опытом, Тим начал ощущать себя более живым и более уверенным в своей способности общаться и с самим собой, и со мной, и с другими. Однако довольно часто эти изменения пугали его, и тогда возвращались старые защиты от сильных эмоциональных переживаний. В такие моменты он утверждал, что просто лучше большинства других людей контролирует свои эмоции и поэтому способен более адекватно реагировать на непредвиденные обстоятельства (аварии на дорогах и всевозможные катастрофы), когда ему на помощь приходит его хладнокровие. Не один раз мы воспроизводили эти внутренние сценарии. Я могла сказать что-то подобное следующему: «Это профессор Л., взрослый и неизменно хладнокровный. А что вы скажете про маленького Тима, который, возможно, хочет закричать от страха или гнева?»

Как-то раз, когда я спросила Тима, с кем идентифицировал себя этот взрослый, которому удавалось так хорошо себя контролировать, он вспомнил, что мать запрещала ему плакать, когда умер отец. Всю ту сессию Тим плакал и впервые получил возможность начать успокаивать своего страждущего внутреннего ребенка. Тогда же он вспомнил и другие подобные случаи, например, день, когда мать ударила его старшую сестру за то, что та дрожала во время бомбежки. Еще один кирпич добавился в этот момент к той алекситимичной и безэмоциональной крепости, в которой пребывал Тим, для того, чтобы гарантировать, что его эмоциональное Я не появится. Его никогда не застанут в тот момент, когда он дрожит от страха, как девчонка!

Постепенно становилось очевидным, что Тим таким же образом понял следующее сообщение: «Если ты живой и свободно выражаешь свои чувства (как делал твой отец), ты умрешь». В то время как его безэмоциональная мать жила и здравствовала. Кроме того, идентифицируясь с предполагаемым желанием своей матери, Тим, возможно, нашел некий способ соединиться с ней, составлять с ней единое целое и быть любимым ею.

Именно к тому периоду относятся забытые детские фантазии, которые были им сейчас принесены на аналитическую сцену. «Я был пойман гестапо, но ничего им не сказал. Я не показал

им никакого страха, боли или гнева, пока меня не замучили до смерти». Тим вспоминал, что такие истории доставляли ему огромное удовольствие и вселяли уверенность в себе.

Тим пока еще не видел снов, но у него начали спонтанно и неожиданно возникать дневные видения, как будто они приходили из другого мира, потенциального мира сновидений. «Я заперт в палате, обитой войлоком, а моя жена заперта в соседней палате. Я с ужасом понимаю, что мы в психиатрической больнице, а директор поставил неправильный диагноз. На самом деле он сумасшедший, и это означает, что мы должны оставаться в одиночном заключении до конца жизни». Мы проанализировали подобные фантазии, как если бы они были сновидениями. Во время этой сессии у Тима возникало множество ассоциаций к этим образам, которые позволили ему утверждать, что ужас, который испытывала его мать в случае проявлений ее детьми каких-либо эмоций, заставлял его чувствовать себя так, как если бы он «находился в заточении в ее психике». Его ассоциации к фантазии о жизни в палате отдельно от жены позволили Тиму впервые сказать мне, что его мать очень не одобряла его выбор супруги и всегда была настроена по отношению к ней очень недружелюбно. Потом он вспомнил, что когда был совсем маленьким, мать запирала его в темном шкафу, когда он себя плохо вел, но не мог вспомнить, за какие проступки полагалось такое наказание. Он также считал, что мой кабинет тоже может оказаться палатой, в которой он будет заточен на всю свою жизнь.

Я интерпретировала, что сумасшедший «директор», согласно его ассоциациям, очевидно, представлял как его мать, которая запирала его в шкафу (от жены), так и меня, добавив, что я могла ему показаться сумасшедшей, когда говорила о том, что он может покинуть свою войлочную палату и совершенно спокойно предаваться фантазиям и испытывать чувства, связанные с насилием, и при этом ему не будет угрожать опасность. На что Тим ответил: «Да, теперь я чувствую, что все эти два года я постоянно убегал от вас, и все же именно вы показали мне, что есть выход из моего внутреннего заточения».

В течение недель после фантазий о сумасшедшем директоре Тим старался вспомнить что-то новое из своих детских

переживаний, связанных с матерью и реконструировать отношения между ними. После этих скудных воспоминаний у него стал постепенно возникать портрет женщины, которая панически боялась любого проявления эмоций со стороны детей и которая даже запрещала им любые спонтанные жесты и другие безмолвные знаки аффектов. Мысленно он постоянно возвращался к тому наказанию в детстве, когда его запирали в шкафу, на основании чего я высказала предположение, что он идентифицировал себя с карающей стороной своей матери, и теперь был собственным тюремным надзирателем, который расценивал свои эмоциональные состояния как преступления.

Тим убедился в том, что его непослушание и неуправляемость, о которых говорила его мать и за которые, без сомнения, он был заперт в шкафу, представляли его отчаянные попытки противодействовать эмоциональному удушью со стороны матери и ее желанию контролировать его любые проявления жизни. Так продолжалось вплоть до того рокового дня, когда его отца внезапно настигла смерть. В тот момент Тим получил бесспорное доказательство того, что его мать (образ матери его раннего детства) была права! Чувства и фантазии способны убить! Его детская фантазия, в которой он умертвил своего отца взрывом фекалий, теперь имела определенный смысл. Эмоциональная неуравновешенность, подобно массе смертоносных фекалий, могла стать причиной смерти его отца или его собственной гибели. И поэтому он стал тихим, замкнутым, «шизоидным» маленьким мальчиком, который по-прежнему доминировал над тем взрослым, который обратился к анализу спустя много лет, с тем чтобы обрести утраченную часть себя. Таким образом, мы восстановили внутреннюю драму Тима; она могла определиться именно тогда, когда умер его отец. Это дало ему возможность оплакать своего потерянного отца и позволило ему пережить чувство нового вхождения во взрослую жизнь.

Пытаясь лучше понять свои отношения с матерью в детстве, Тим пришел к заключению, что он всегда стремился *защититься* от нее, не только потому, что чувствовал, что она парализует его, но также и потому, что она якобы представляла опасность для самой его жизни. «Я даже отказывался от ее молока, когда

родился»,— вспомнил он на одной из сессий. «Мой дядя, который жил с нами тогда, рассказывал мне, что когда я был маленьким ребенком, меня были вынуждены рано отнять от груди из-за того, что я отказывался брать грудь, и потом я все равно отказывался от бутылочки, если это мать предлагала ее мне. Накормить меня могли только дядя или отец». Мы не знаем, была ли доля правды в этих воспоминаниях, но очевидно, что Тим жил с той внутренней матерью, которую он должен был отвергать.

Аддикция Тима

Ранний срыв интроекции Тимом образа заботливой матери, с которой он мог бы со временем идентифицироваться, становясь, таким образом, защищающей матерью по отношению к своему собственному детскому Я, приводит нас к его аддиктивной проблеме. Теперь он соглашался с тем, что своими постоянными попытками бросить курить он безрезультатно боролся с зависимостью, представляющей угрозу для его жизни, которая была во многом связана с его ранними отношениями с матерью. В каком-то смысле для Тима это было компенсацией отсутствия идентификации с заботящимся материнским интроектом, с возможностью самому успокаивать себя и контейнировать эмоциональное возбуждение. Он постоянно прибегал к курению как основному способу уменьшения напряжения. Он мог сократить количество выкуриваемых сигарет или даже совсем перестать курить на какое-то время (иногда до двух суток), но потом все возвращалось на круги своя. В такие периоды, побуждаемый постоянным ободрением с моей стороны, Тим часто раскрывал эмоционально заряженные мысли, от которых он хотел избавиться в тот момент, когда, по его мнению, он уже не мог уступить потребности и желанию закурить. Именно в этот период он также выявил хрупкость своей эмоциональной толерантности.

Конечно же, наши обоюдные попытки понять его психическую экономику (а это было очень важно для того, чтобы Тим понял свою зависимость) были недостаточными для того, чтобы вызвать какие бы то ни было продолжительные

психические изменения. Я также часто использовала в течение этих четырех лет более динамические интерпретации, основанные на его собственных ассоциациях, в частности, когда он ощущал сильную потребность в курении во время сессий. (Я не разрешаю своим пациентам курить во время сессий, но всегда прошу их сообщать мне, когда и почему у них возникает подобная потребность.) В каком-то смысле попытки понять ту часть своего Я, смерти которой он желал, для Тима были особенно волнительными, когда я предположила, что у него могли быть скрытые фантазии воссоединиться со своим умершим отцом.

Во время сессий нам также удавалось обнаружить много «внутренних людей», которых он хотел задушить до смерти (включая его аналитика из-за ее постоянных попыток вместе с ним лучше понять его суицидальное поведение). Однако ни одна из моих интерпретаций и интервенций так и не смогла «раскрыть» эту психическую крепость. Иногда я и сама чувствовала себя обескураженной, угнетенной и захваченной фантазией, что Тим желает, чтобы мы оба задохнулись в этом облаке сигаретного дыма.

Сердце, которое плачет

Чтобы наглядно проиллюстрировать завершающую часть анализа Тима, я приведу полную сессию шестого года работы. Тим начинает вспоминать последние проблемы с машиной — тема, которая часто затрагивалась в его аналитическом дискурсе.

Тим: Конечно же, я опять забыл залить масло... я знал, что она двигается резкими толчками, но не обратил на это внимания. И вот теперь машина снова в автосервисе.

Дж. М.: Быть может, мы ухаживаем за нашими машинами так же, как относимся к себе? Некоторые люди проявляют большую щедрость и заботу в отношении своих машин, что же касается вас, то у меня возникает ощущение, что вы не обращаете внимания на то, что ваша машина кашляет и трещит, как будто вы собираетесь заездить ее до смерти.

Тим: Знаете, вообще-то я не хотел вам говорить, но сейчас я опять выкуриваю по две пачки в день, как до инфаркта.

Дж. М.: Как если бы вы играли со своей жизнью в русскую рулетку?

Тим: Да-да! И все же я чувствую, что, может, какое-то незначительное событие способно меня остановить.

В это время я ощутила постепенно усиливающееся раздражение от мысли обо всех моих бесплодных попытках на протяжении четырех лет понять или эффективно интепретировать скрытое значение суицидального поведения Тима. Я услышала сама себя, когда произнесла в ответ на его «ожидание какого-то незначительного события»:

Дж. М.: Возможен повторный инфаркт?

Тим: Вероятно, вы правы – просто жду повторного инфаркта.

Быстрый самоанализ источника своего раздражения и соответствующего отказа быть в тот момент более эмпатичной дал мне возможность интуитивно почувствовать, что Тим взывал ко мне посредством своих провокационных высказываний. Это было похоже на то, как трехлетний ребенок, опрокидывая со стола тарелку с супом, делает это «просто ради того, чтобы убедиться в том, что родители его действительно любят». В результате я шлепнула его! Такой инсайт позволил мне прибегнуть к совсем иной интервенции.

Дж. М.: На самом деле мне кажется, вы ждете чего-то другого, но не смерти. Неужели событие, которое может изменить вашу жизнь к лучшему, так уж и незначительно? Какое именно «незначительное событие» вам приходит на ум?

Тим (после долгой паузы): Хорошо... что-то вроде того, о чем вы сейчас говорили, что я играю в русскую рулетку со своей жизнью. У меня перехватило дыхание. как если бы все происходящее со мной было действительно серьезным.

Дж. М.: Как если бы ваша жизнь могла что-то значить для меня?

Тим: Именно так! Тогда я тоже мог бы воспринимать ее серьезно (другая долгая пауза). Вы знаете, моя жена и дочери знают

о том, что я опять выкуриваю по две пачки сигарет в день, но они ничего не предпринимают в этой связи.

Дж. М.: А в их ли силах предпринять что-либо? Возможно, это ваш старый сценарий, в соответствии с которым никому нет дела до того, живете вы или умираете, и поэтому никто не заботится о вас? Если вы будете и дальше сломя голову нестись навстречу собственной гибели, это будет их вина, а не ваша? Кажется, вы воспринимаете неспособность вашей жены остановить ваше курение как подтверждение того, что она желает вашей смерти.

Тим: Да, именно так! Я так думаю... но это безумие. Я только знаю очень хорошо то, как сильно она меня любит и расстраивается из-за того, что я не могу бросить курить.

Дж. М.: Иными словами, внутри вас находится кто-то, кому абсолютно наплевать на вашу жизнь?

Тим: Кто же это? Моя мать всегда очень переживала, когда мы болели. Конечно же, она ничего не сделала для того, чтобы предотвратить смерть отца.

Дж. М.: Как это? (Раньше Тим никогда не высказывал подобной мысли.)

Тим: Она знала, что он серьезно болен астмой и что если он будет и дальше столько же пить и курить, это погубит его.

Дж. М.: Ваш отец тоже много курил?

Тим: Да! Очень много!

Дж. М.: А ваша мать могла положить этому конец?

Тим: А я останавливаю свою жену каждый раз, когда она, кажется, склонна закурить снова...

Дж. М.: Получается, что для другого вы делаете то, что отказываетесь сделать для самого себя?

Тим: Достаточно забавно, но вы уже показывали мне это не один раз, а я все время забываю. От чего же я отказываюсь?

Дж. М.: Мне кажется, что вы отказываетесь быть хорошей матерью по отношению к себе. Как если бы вы все еще ожидали, что ваша мать придет и начнет заботиться о вас? Возможно, вы используете сигареты как некоторое замещение матери, которая прогонит ваши тревоги прочь.

Тим: Может быть, я не доверял ей. Постойте! Я вспоминаю, что как раз после смерти отца я считал, что это она ударила его но-

жом. И что обе мои сестры также знали об этом. Смешно, но все это уже стерлось из моей памяти.

Дж. М.: Получается, что все женщины – убийцы, и вы, таким образом, смогли успокоить себя, что это не вы убили отца гневными фекалиями?

Тим: Да... и я также знал, что он не бросал меня!

Дж. М.: Возможно, это позволило вам установить хорошие отношения с ним внутри вас. И тогда он уже не нес никакой ответственности даже за то, что очень много пил и курил?

Тим: Однажды вы заметили, что я хотел накуриться до смерти, чтобы воссоединиться с отцом. Это то, что не могла услышать моя мать. Очевидно, предполагалось, что мне должно быть все равно, что его больше нет в живых.

Дж. М.: Было время, когда я тоже не могла этого слышать. Никто из нас не мог «услышать», что означал для вас тот внутренний дистресс, который переживала ваша мать – что сама она не могла справиться с сильными чувствами или говорить о них. Вам необходимо было услышать, что это хорошо — любить своего отца и плакать, когда он умер, но что все же у нее были еще вы и что она хотела, чтобы вы были живы. Так или иначе, она была неспособна передать вам это.

Тим участвовал в работе конгресса и поэтому отсутствовал в течение одной недели. Он рассказал мне о своем потрясении в связи с происшедшим на последней сессии и потом добавил, что с того самого дня у него не возникало потребности выкурить ни одной сигареты. (На самом деле все оставшееся время нашей совместной работы с Тимом он больше не возвращался к курению.)

Наряду с внешними обстоятельствами этот поворотный момент, который подтверждал значительные изменения в психическом функционировании Тима, позволил ему высказать пожелание о завершении нашей совместной работы в течение следующих нескольких месяцев. Меня не покидало ощущение, что я разрываюсь между желанием отпустить Тима, чтобы он не чувствовал себя беспомощным ребенком, неспособным позаботиться о себе, и противоположным желанием проанализировать его намеченный уход как отреагирование, уклонение

от многих других сложных аспектов его внутренней жизни, которые по-прежнему требовали изучения. К тому же я особенно не старалась удерживать его, так как все же он перенес инфаркт миокарда во время нашей совместной работы! Я спрашивала у себя, можно ли было избежать этого, если бы я раньше научилась его понимать? Действительно ли было так необходимо настолько близко подойти к рубежу, который отделяет нас от небытия, чтобы начать настоящий психоанализ? И мог ли другой аналитик избежать этой катастрофы?

Тим согласился с тем, что остается много внутренних конфликтов, которые все еще необходимо проанализировать, и заверил меня, что он скорее всего продолжит анализ в более подходящий период своей жизни, возможно, с мужчиной. Я опять не торопилась с интерпретацией его возможного желания убежать от фантазий переноса, которые возникли у него при работе с женщиной-аналитиком, опасаясь, что я могу повторно проиграть драму с его матерью, воспринимаемой им как запрещающую ему любить отца и оплакивать его смерть. Не относится ли он и ко мне сейчас, как к тому, кто мешает ему найти фигуру, замещающую отца, с которой все его скрытые конфликты могли быть проработаны в новой аналитической ситуации? К тому же стоял вопрос и о важных изменениях в его карьере, и поэтому я чувствовала, что Тиму необходимо продолжить в будущем работать с аналитиком-мужчиной, представляющим «хорошую и живую» фигуру отца.

Мы определили дату, когда анализ будет завершен, и у Тима при мысли об этом часто наворачивались на глаза слезы. Наше окончательное расставание было довольно трогательным. Напротив меня сидел человек, который мало чем напоминал явно бесчувственного, «шизоидного» ребенка, обратившегося в терапию, чтобы найти утраченную часть себя. Несмотря на его заявление, что сейчас он ощущает повторное переживание травматической утраты в связи с прекращением аналитической работы, он считал, что теперь может покинуть смертоносное пространство своего раннего детства и увлечь с собой живых внутренних родителей, желающих, чтобы он выжил и был счастлив. Ближе к концу нашей последней с ним сессии, он сказал: «Вы знаете, только сейчас я понимаю, что если бы

моя бедная мать могла бы сама оплакивать смерть отца и позволила нам вместе плакать и разделить наше общее горе, возможно, мне бы удалось избежать инфаркта!»

Он ушел, а я продолжала задавать себе разного рода вопросы о нашей совместной работе и о роли, которую сыграло его сердце, ставшее таким важным персонажем на нашей психоаналитической сцене, в том, чтобы позволить ему начать путешествие во внутренний психический мир и завершить работу горя, ожидавшую этого так долго. В этой связи мне пришли на ум слова, написанные сто лет тому назад известным английским психиатром Генри Модсли: «Горе, которое не находит выхода в слезах, заставляет плакать другие органы».

Глава 10

ОДНО ТЕЛО НА ДВОИХ

В настоящей главе приводится случай одной пациентки, психосоматическая уязвимость которой была экстремальной, однако ее психический мир и способ функционирования существенно отличались от стиля реагирования Тима, чье аналитическое путешествие было рассмотрено в предыдущих главах.

Эта молодая женщина страдала от ряда психосоматических заболеваний, причиняющих ей беспокойство, многие из них у нее наблюдались еще с раннего детства. Однако ее сильная соматическая патология вовсе не была поводом для обращения к аналитику. Напротив, ее, казалось, совершенно не беспокоило то, что она постоянно болела.

Когда на девятом году анализа я спросила у своей пациентки разрешения использовать маленький фрагмент ее анализа как отдельную главу в книге, я поинтересовалась, какое имя она бы себе выбрала. Несколько дней она посвятила мыслям об этом выборе и, наконец, сообщила: «Мне бы хотелось называться Жоржеттой». Спонтанно она привела несколько причин, аргументирующих этот выбор, большая часть которых имела отношение к позитивным трансферентным элементам, например, мысль о том, что святой Георг был покровителем Англии. Я сказала ей, что легенда ее внутреннего театра, которая была сконструирована на аналитической сцене, может быть прочитана как «Святая Жоржетта и Дракон». Это развеселило

ее, и она вспомнила одну из моих интервенций на втором году нашей совместной работы. «Я думаю, это самое невероятное из всего того, что я когда-либо слышала о себе. Вы сказали тогда, что я словно собиралась доказать вам, что я – святая!» Теперь-то нам обеим известно, что во внутреннем психическом театре святой маленькой Жоржетты скрывались самые разные драконы: прежде всего драконоподобные аспекты ее матери, в меньшей степени меня и (лишь в отдельных областях) на аналитической сцене появлялся дракон-отец. Но самым главным было открытие собственного дракона-я Жоржетты, готового направить свой всепоглощающий гнев и негодование на всех стоящих у нее на пути, занявших ее место, оставляя ее чувства поврежденными и истощенными. До своего анализа она совсем не осознавала глубину своего чувства ненависти; на самом деле всю свою жизнь она стремилась быть святой и никому не причинить вреда. Кроме того, она посвятила себя одной из помогающих человеку профессий. Таким образом, она смогла поддерживать приемлемый для нее нарциссический образ самой себя. Тем временем ее тело яростно реагировало практически в каждой телесной зоне и функции.

Потребовалась значительная аналитическая работа, прежде чем нам удалось выяснить — как это ни парадоксально,— что когда Жоржетта испытывала физическую боль, это приносило ей по мере осознания определенное утешение и облегчение от психических страданий. Постепенно мы пришли с ней к пониманию того, что для нее спокойней было быть больной, поскольку тогда она получала подтверждение того, что ее тело действительно принадлежит ей, что оно имеет границы, что оно было живое и что она сама является отдельным человеком, которому не угрожает опасность утраты ощущения субъективной идентичности. Поскольку все вышеперечисленное вряд ли можно отнести к причинам ее заболеваний, это являлось для нее, если можно так выразиться, *вторичной* выгодой. Постепенно мы также смогли понять, что ее соматические взрывы представляли собой некую скрытую форму сообщения мыслей и чувств, которые никогда не достигали символической психической репрезентации. Они проявлялись в высшей степени примитивных либидинозных влечениях архаического сексуального характера,

которые невозможно было выразить словами. Эти влечения были направлены на полное слияние с другим. К этим страхам добавлялись и иные примитивные страхи и желания, связанные с нарциссическим гневом и унижением, которые не признавались, и многочисленные заболевания были ярким тому подтверждением.

В этой главе содержится особый материал, который начал разворачиваться на седьмом году нашей совместной работы. Но сначала я должна вернуться к нашей первой встрече с Жоржеттой.

Я открыла дверь: передо мной стояла стройная миловидная женщина лет тридцати. На ней была юбка из плотной твидовой ткани, пуловер серовато-коричневого цвета и туфли без каблуков. Тогда у меня создалось впечатление, что она старается скрыть свою неплохую фигуру и свое женское обаяние. Жоржетта присела на краешек массивного кресла, как будто бы она оставляла место еще для одного-двух человек или же не хотела привлекать к себе излишнего внимания. Было видно, что она нервничает.

Ж.: Я очень нуждаюсь в помощи. Меня постоянно что-то беспокоит, и большую часть времени я пребываю в депрессии. Всякий раз, когда мой муж уезжает в командировки, я очень страдаю. (Потом она замолчала, как если бы то, что она собиралась сообщить, было очень трудно передать словами.)

Дж. М.: В течение какого времени вы это чувствуете?

Ж.: Всю мою жизнь. А сейчас мне приходится ото всех это скрывать. Когда я была маленькая, я во всем видела знаки смерти, и я должна была совершать разные магические действия, чтобы сдерживать попытки своего тела развалиться на части. Я очень боялась Бога... что он может забрать меня к себе. Я молилась дьяволу, чтобы он защитил меня от него.

Итак, мы видим, что Жоржетта была мечтательным и действительно независимым маленьким ребенком. Очевидно, она очень рано научилась защищать себя от надвигающейся опасности различными детскими способами. («Неужели во всем ее окружении не было никого, к кому она могла бы обратиться?» —

спрашивала я себя.) Жоржетта рассказала мне о том, как проходил ее пятилетний анализ с аналитиком-мужчиной. Анализ позволил ей успешно завершить обучение и начать собственную практику в качестве педиатра. Кроме того, она положила конец своему браку, в котором она не была счастлива. Она считала, что этот брак был навязан ей матерью и на самом деле представлял для нее опасность. Именно анализ способствовал тому, что она нашла супруга, с которым ощущала большую психологическую совместимость. Сейчас их брак можно было назвать счастливым, и у них было двое детей.

Ж.: Но за все годы анализа мы ни разу не затронули темы сексуальности или чего-то такого, что имеет отношение к моему телу.

Она потупила взгляд, а потом, посмотрев на меня украдкой, стала тревожно осматривать мой кабинет.

Ж.: Я подумала, что мне, возможно, будет легче беседовать с женщиной. Кроме того, однажды мне довелось прочитать одну из ваших работ, и я почувствовала, что вы сможете принять мое очень болезненное психологическое существование. Все считают меня хорошей матерью, женой, врачом... но часто я чувствую, что схожу с ума, и я должна заботиться о том, чтобы скрыть это.

Я спросила себя, не считает ли Жоржетта «безумием» то, что у нее возникают сексуальные мысли и желания.

Дж. М.: Могли бы вы рассказать мне больше об этой безумной части вас самой?

Ж.: Ну... я не могу не думать о своей матери. Если же в течение дня я испытываю очень сильную тревогу или особенно просыпаюсь среди ночи от ночного кошмара, я выбегаю в коридор и зову ее: «Мамочка, мамочка, пожалуйста, приди ко мне!» При этом мне хорошо известно, что нас разделяют сотни километров. (Она пояснила, что ее мать живет на юге Франции, там, где прошло детство Жоржетты и где около двенадцати лет тому назад умер ее отец.)

Ж.: В такие моменты я уверена, что она собирается приехать ко мне. Но еще большее безумие заключается в том, что, когда она приезжает к нам, я не могу выдержать этого. Я постоянно напряжена. Она смотрит на меня так, как будто я вообще не существую. Она просто уничтожает меня. Не так давно я набралась смелости рассказать ей о своих ощущениях, что она не любила меня или не заботилась обо мне. На что она мне ответила: «Конечно, я люблю тебя... и я всем говорю, какой умница у тебя муж». Когда она делает мне замечание, в этом есть что-то агрессивное и эротическое одновременно. Она всегда критикует мою внешность, говорит, что мне нужно сделать другую прическу, не носить яркой одежды, потому что у меня нет вкуса... ну и т. д. Когда она где-то рядом, я просто не могу дышать и испытываю ощущение, что мое целостное тело может взорваться. Но стоит ей уехать, и я опять начинаю стремиться к ней. Вы думаете, что я сумасшедшая?

Она производила впечатление такой обезумевшей от своих чувств, что я рискнула осуществить небольшую интервенцию.

Дж. М.: Создается впечатление, что вы описываете двух разных матерей, образы которых существуют в вашей психике. Есть одна мать, к которой вы обращаетесь тогда, когда вам требуется, чтобы вас поддержали и успокоили, и есть вторая, уничтожающая вас и не позволяющая свободно дышать. Возможно, безумием вам кажутся именно эти противоположные представления о вашей матери?

Ж.: Да, ведь это довольно странно. Даже когда я была маленькой, я все время цеплялась за нее — не физически, как вы понимаете. Ей не нравилось, когда ее трогали, но мне нужно было знать, что она где-то поблизости, иначе у меня возникало ощущение, что меня просто нет, как во время ее визитов к нам. Я делала все, что могла, чтобы только она была довольна. Я так сильно любила ее. Я никогда не плакала в ее присутствии, потому что она не могла этого выносить. Я даже никогда не говорила ей о своем страхе и ощущении того, что меня может разорвать на части. Я должна была оставаться живой и сохранять себя целой, надеясь только на свои усилия.

Представляя столь ужасную картину отношений со своей матерью и акцентируя, как много ей приходилось делать из любви к матери, Жоржетта, казалось, совершенно не осознавала ту ненависть и отчаяние, которыми были наполнены слова и метафоры, которые она использовала. Она с нотками отчаяния в голосе поинтересовалась, нет ли у меня в ближайшее время возможности встречаться с ней. Я повторила ей то же самое, что уже говорила по телефону, а именно: на ближайший год у меня нет свободного времени в расписании, но я постараюсь помочь ей найти другого аналитика, как только мне станет чуть больше известно об ее аналитическом проекте. Когда я это говорила, лицо Жоржетты вдруг стало пунцово-красным, она начала дрожать, у нее, очевидно, возникли проблемы с дыханием.

Ж.: Я испытываю странные ощущения... мое тело раздувается... пожалуйста, простите меня.

Я была тронута этим безмолвным соматическим сообщением и увидела лаконичный спонтанный образ – образ себя, берущей на руки пациентку, сейчас маленькую девочку; я укачиваю ее так, словно я хочу успокоить ее, убедить, что я не «уничтожу» ее и что ее тело не взорвется. Совершенно очевидно, что на бессознательном уровне ее отчаянный призыв о помощи и мрачная картина, которую она нарисовала в отношении своей матери, были направлены на то, чтобы вызвать как раз подобные реакции контрпереноса!

Ж.: Пожалуйста, только не гоните меня. Я буду ждать столько, сколько необходимо.

Я сказала ей, что нужно провести второе интервью, поскольку многие вопросы оставались неясными, и что мы будем решать на следующей встрече, целесообразно или нет для нее ждать еще один год.

На следующей встрече Жоржетта рассказала два своих сновидения, в которых я была действующим лицом. В первом я была на последних месяцах беременности и держала на коленях другого ребенка. Она проснулась от этого сна, испытывая

сильную тревогу. Во втором сне я играла с маленькой девочкой лет двух, и в этом сне она была счастлива и испытывала умиротворение. На этой же встрече я узнала о том, что Жоржетте было пятнадцать месяцев, когда родилась ее первая сестра. А потом, когда ей исполнилось почти три года, родилась и вторая сестра. Больше в семье детей не было.

Манифестное содержание первого сновидения наводило на мысль об изобразительной репрезентации памяти Жоржетты в возрасте пятнадцати месяцев, как раз перед тем, как родилась ее сестра, когда она стала бояться того, что для нее уже не останется места. Мне было интересно, начала ли она ощущать себя «уничтоженной» своей матерью именно после рождения сестры. Во втором сновидении можно было предположить, что именно Жоржетта была той двухлетней девочкой, которая, наконец, осталась наедине с аналитиком-матерью. Я попросила Жоржетту рассказать мне немного больше о ее раннем детстве.

Ж.: Ну, я всегда была больна (длинная пауза), но это неважно.

(Молчание.)

Дж. М.: Можете вы рассказать мне что-то о своем заболевании?

Ж.: В детстве и в подростковом возрасте я страдала сильной анорексией. Меня всегда водили по врачам. Потом, когда я была еще совсем юной, у меня обнаружили бронхиальную астму. Приступы астмы прекратились с моим замужеством, но все симптомы вернулись после рождения моей дочки. Кроме того, я часто простужалась и постоянно страдала от проблем с горлом. Собственно все это имеет место и сейчас... так же, как и астма. Но это не беспокоит меня.

С трудом я смогла убедить Жоржетту рассказать мне больше о своих соматических дисфункциях. Она «признала», что страдает от язвы желудка, а также от сильной ревматической боли. Но в этом не было ничего такого, что могло вызывать у нее тревогу, поскольку она знала, что нужно делать, когда у нее возникали проблемы со здоровьем.

Дж. М.: Вы, кажется, хотите лучше понять эти физические проблемы?

Ж.: Я не хочу говорить о них. Я всегда скрываю их и никогда не обращаюсь за помощью, если только это не становится для меня критичным. В действительности все лекарственные препараты вызывают у меня настоящую фобию, как будто бы это может причинить мне только вред. Я никогда не принимаю препаратов, которые мне назначают. Поэтому какой смысл обращаться за помощью?

Столкнувшись с моим молчанием, в котором, без сомнения, отражался этот же вопрос, Жоржетта с неохотой принялась описывать пугающую ее тахикардию, добавляя при этом, что это, возможно, было истерическим проявлением, так как ее отец умер от сердечного приступа. У нее также были и гинекологические проблемы, но, как и в случае с кардиопатологией, ей было сложно говорить об этом.

Будучи до некоторой степени ошеломленной «отчетом о болезнях» Жоржетты, я тем не менее обратила внимание на то, что сейчас она могла смотреть мне прямо в глаза, почти вызывающе, как если бы все ее заболевания каким-то мистическим образом приносили ей успокоение. Не создавали ли они защиту, которую она не хотела утратить и которая позволяла ей ощущать себя живой, как если бы ее тело и его функции принадлежали ей только во время заболевания? Я должна была ждать много лет, прежде чем смогла найти адекватные ответы на эти и другие вопросы. Для меня уже тогда было очевидным то, что Жоржетта воспринимала себя как часть собственности своей матери. Возможно, только ее тело принадлежало ей, в один момент у меня было мимолетное ощущение, что она рассматривала свои физические недуги как некую эротическую тайну. Я услышала тревожный звонок и решила пока не затрагивать эту обширную область психосоматических нарушений, связанных с ощущением индивидуальной идентичности Жоржетты. Поэтому я ограничилась малозначительным замечанием о результате, который может приносить болезнь, позволяя человеку быть собственной матерью для самого себя и, возможно, болезненное состояние может даже помогать кому-то «хорошо чувствовать себя дома в своей коже». Упоминание о коже подтолкнуло Жоржетту сделать последний штрих к

многоцветному психосоматическому портрету, который она мне представила.

Ж.: У меня разные кожные аллергии. От кошачьей шерсти я вся чешусь, а некоторые продукты, в особенности рыба и устрицы, вызывают у меня вздутие живота. Крапивница и более серьезные кожные реакции. (Она начала описывать симптомы, напоминающие отек Квинке, и добавила, что, когда они возникали в ее горле, ей становилось очень страшно.) Но это неизбежно, ведь все эти аллергии передались мне от матери. Иногда, когда реакции были очень сильными, она даже попадала в больницу. Всякий раз, когда моя кожа начинает чесаться или на ней высыпает сыпь, мать комментирует это следующим образом: «Да ты прямо как я».

Только потом я узнала, что значило для Жоржетты: «Ты — это я, ты не существуешь». Возможно, это было одной из причин, почему аллергическая предрасположенность моей пациентки в процессе этого длительного анализа исчезла лишь в последнюю очередь со сцены ее телесного театра. Это был способ сохранения эротических связей с телом и психикой матери и, как мы узнаем впоследствии, символический эквивалент противодействия неожиданной сексуальной связи с отцом.

Возможно, именно тогда я начала ощущать вторжение, как физическое, так и психическое, этой угрожающей репрезентации матери Жоржетты или, скорее, вторжение множества матерей, которые, казалось, населяли ее внутренний мир. Так или иначе, я отметила, что она мало говорит об отце, хотя в ходе первичных интервью я, как правило, этого не делаю. Обычно я ничего не говорю, когда пациент осознанно или бессознательно скрывает от меня что-то.

Ж.: Вообще отец часто отсутствовал, а моя мать говорила про него такие отвратительные вещи, что любить его казалось невозможным. Она всегда рассказывала мне, что я не любила его и никогда не позволяла ему касаться или целовать меня, даже когда была совсем маленькая. Я помню, какой ужас он в меня вселял. И все же когда его не стало, это было для меня сильным потрясением

и шоком, особенно когда мать запретила нам говорить о нем или даже рассматривать семейные фотографии после его смерти.

Дж. М.: Вы не думаете о них как о паре?

Ж.: Да нет, что вы! Мои родители никогда не спали в одной спальне. Комната отца была в самом дальнем углу дома.

Дж. М.: А ваша комната располагалась ближе?

Ж.: Да, с матерью и сестрами. И бабушкой. Я спала с ней. Я очень ее любила. Она всегда сидела там в своей инвалидной коляске и обращалась ко мне за помощью. Она следила за моим католическим воспитанием. По всей ее комнате были развешаны фотографии святых, и она рассказывала мне разные истории о них. Она была ангелом.

Во Франции есть поговорка «Ангелы не имеют пола».

Дж. М.: Ангел?

Ж.: Да, я знаю. (Жоржетта смотрела в пол и говорила запинаясь.) Я вообще не могу представить, что у нее могла быть какая-либо сексуальная жизнь. Ее муж вскоре после свадьбы отошел в мир иной, и она больше никогда не смотрела ни на одного мужчину.

Одна существенная деталь стала мне известна лишь через три года. Я предполагала, что эта святая бабушка была по материнской линии, но каково же было мое удивление, когда я узнала, что она была матерью отца Жоржетты. За всем этим скрывалась какая-то тайна в отношениях между матерью и сыном; и поскольку Жоржетта позволила себе осознать это, она уже была полна решимости узнать больше о своем отце. Она узнала (о чем она всегда интуитивно догадывалась), что ее отец был незаконнорожденным ребенком женщины, у которой была репутация дамы легкого поведения, и впоследствии был усыновлен этой самой бабушкой-ангелом, когда он был еще ребенком. Это может пролить свет на дальнейшие воспоминания Жоржетты о своем отце.

Ж.: Я восхищалась своим отцом, потому что он был очень культурный и нас развивал интеллектуально. Но когда мне было семнадцать лет, произошло нечто ужасное. Он прочитал мой

дневник, который я вела тайно ото всех, и узнал, что у меня был эротический флирт с юношей. Три дня подряд он жестоко порол меня. Он был вне себя, как сумасшедший. Мне казалось, что он собирается убить меня, когда раздавались его крики: «Ты — ничто; ты — шлюха! Как и твоя мать!»

Вспоминая этот инцидент, Жоржетта потупила взор, как если бы она тоже обвиняла себя в том, что она шлюха. Потом она снова вспомнила о своей бабушке-ангеле.

Ж.: Она никогда ни на кого не сердилась. И я тоже не могу.

Уже тогда казалось очевидным, что Жоржетта интроецировала не только образ святой бесполой бабушки, но также и образ матери-шлюхи, которая бросила ее отца ребенком и с которой она могла идентифицироваться в его глазах. На самом деле она вела себя как ее жестокий и раздраженный отец по отношению к своей женской сущности. Она продолжала рассказывать об отношении своей матери к ней, все так же обличая любые женские желания.

Ж.: Она не позволяла мне носить яркую одежду, мотивируя это тем, что в ней я похожа на цыганку. Я была «изгоем» в семье... так же, как и отец. Я не могла носить облегающую одежду или кружева. Никаких ярких цветов. Она постоянно высмеивала меня за мои «вкусы маленькой девочки». *Она* могла быть обольстительной, но это было опасно для меня. Я не знаю, чего на самом деле моя мать хотела от меня... Я окончательно запуталась. В каком-то смысле я вообще не существовала, разве что только тогда, когда она нуждалась во мне.

Когда я сказала Жоржете о том, что наша вторая встреча подошла к концу, она опять сделалась пунцовой, вся распухла и не могла дышать. Очевидно, это были первые признаки отека Квинке, но сейчас я бы отметила, что в равной степени их можно было отнести к психологическим эквивалентам состояний гнева и страха. Жоржетта не имела ни малейшего представления об этих эмоциях, равно как и о любой психической репре-

зентации, с которой они могли быть связаны. Все это время ее психика, если она не посылала какие-то заметные сигналы, пребывала в дремлющем состоянии; видимыми были лишь физиологические корни этих эмоций.

А сейчас я представлю несколько ключевых моментов, характерных для нашей совместной работы в течение первых пяти лет. На протяжении двух лет на одной из четырех сессий в неделю Жоржетта непрерывно плакала. Она воспринимала свое тело как нечто чудовищное и не поддающееся контролю; она часто падала, у нее случались порезы или синяки, в особенности тогда, когда у нее возникали разнообразные эротические фантазии или женские желания. На сессиях она их просто отвергала или упоминала о них, заливаясь слезами, без каких-либо дальнейших ассоциаций.

Что же касается физического состояния, то у Жоржетты были постоянные проблемы с горлом, простуды, насморк, дисфункции сердца и желудка, сильная астма, многочисленные аномалии в функционировании различных телесных жидкостей и дерматологические реакции аллергического характера. Однако ни сильные боли, ни жар ни разу не послужили для нее поводом пропустить хотя бы одну сессию, причем она никогда не высказывала жалоб на проблемы со здоровьем. С другой стороны, ее очень беспокоили *психологические* страдания в аналитических отношениях. Она страшилась приближения выходных в конце недели. Во время каждого отпуска у нее всегда были тревожные сновидения: она цеплялась за оконные притворы, висела над пропастью, пытаясь ухватиться за скалы, которые вот-вот рухнут, или же ожидала разрушительного действия надвигающейся морской стихии. В такие моменты она еще более жадно цеплялась за анализ, физически прирастая к кушетке и зарываясь в подушки, подобно крошечному животному, замерзающему от холода.

Я опущу здесь обширный материал о сексуальных и нарциссических страхах Жоржетты в их более классических аспектах и сделаю акцент на том, насколько своеобразно она воспринимала свое тело и отношения со мной. У нее сформировался так называемый страстный материнский перенос, который привел к болезненному столкновению с сильными гомосексуальными

влечениями и сопутствующими им страхами. Но, помимо этих конфликтных гомосексуальных элементов, у нее было и более примитивное трансферентное отношение, которое я назвала *осмотическим* переносом. Сюда можно отнести все те явления, которые описывали как зеркальный перенос Кохут (Kohut, 1971, 1977) и Кернберг (Kernberg, 1975, 1976, 1984) в отношении примитивных эмоциональных состояний. Это проявлялось в такие моменты, когда Жоржетта иногда действительно не видела разницы между моим телом и своим, равно как и между нашими личностными идентичностями. Из всего многообразия возможных примеров я приведу здесь лишь два наиболее показательных.

Однажды, когда я вернулась из отпуска сильно загоревшая, Жоржетта отреагировала на это крайне болезненно. «Что вы сделали с моим лицом?» — прохныкала она. Она потеряла контроль над своими движениями, была слишком шокирована своими эмоциями и не могла говорить в течение пяти минут. Наконец она прошептала: «У меня невыносимо болит лицо». Мы были способны понять, что, помимо уверенности в том, что мое лицо принадлежало *ей*, за этими ее словами прослеживалось чувство вины, так как в ее реальности то, что я обгорела, означало, что это была ее ошибка. Во время сессии мы пришли к выводу, что в своих фантазиях Жоржетта нападала на меня и стремилась уничтожить своими инфантильными требованиями. В ответ на мой вопрос, отражающий ее собственный: «Что же вы сделали с моим лицом?» — она сказала мне, что ее часто ужасала одна лишь мысль о том, что ее чрезмерная зависимость и требования ко мне могли стать причиной моего заболевания. Во всех ее снах и фантазиях, относящихся к данному периоду, прослеживалась мысль, что у нас было не только одно лицо, но также и *одно тело на двоих*.

Неудивительно, что с приближением очередного отпуска у Жоржетты начиналась сильная экзема с волдырями по всему телу и ощущением жжения и зуда, это было очень болезненно и связано с сильным беспокойством, как если бы с каждым нашим расставанием ее эпидермис отрывали от моего. Но в то же самое время эти болезненные телесные ощущения были позитивно инвестированы. В своих бессознательных фантазиях всякий раз, когда ее тело подвергалось атакам, мое тело было также

атаковано, это было наказанием мне за то, что я ее оставила, и, таким образом, означало триумф над ее всемогущей матерью, которая, как она чувствовала, не оставляла за ней никаких индивидуальных прав на соматическом или психологическом уровне. Теперь уже было совершенно очевидно то, что Жоржетта отрицала мое право на индивидуальное тело и личную идентичность, а также мою собственную жизнь.

Привожу еще одну иллюстрацию осмотического переноса и нашего неразрывного единства. Жоржетта иногда встречалась с моим мужем при входе или выходе из здания. Однажды она неожиданно для себя сообщила мне: «Вот так приятный сюрприз. Я только что встретила на улице нашего мужа». (К этому можно добавить, что спустя несколько лет ее стала раздирать на части эдипова ревность, но для того, чтобы этот уровень был достигнут, потребовалась серьезная аналитическая работа.)

В дальнейшем я буду делать акцент главным образом на соматических «сообщениях» Жоржетты и на том, как постепенно открывалось их бессознательное значение. По мере того как ее примитивные желания слияния и страхи становились все более очевидным и она могла их вербализировать (это касается как аспектов любви, так и ненависти), Жоржетта стала все больше осознавать свои чувства, в частности, крайне негативное отношение к матери, сестрам, и — с большей трудностью и страхом — ко мне.

После двух лет терапии Жоржетте наконец удалось избавиться от язвы. И впоследствии, на протяжении семи лет, когда с ней проводилась аналитическая работа, у нее уже не отмечалось рецидивов. К концу третьего года нашей совместной работы у нее уже не было приступов астмы, и другие проблемы с дыханием случались уже намного реже. Жоржетта очень радовалась своему хорошему самочувствию, но при этом она испытывала тревогу. «Эти изменения беспокоят меня. Если у меня больше не будет приступов астмы или я не буду простужаться, или меня не будет беспокоить язва, это можно сравнить с тем, что я вообще больше не существую». Я предложила ей следующую интерпретацию: «Если я больше не страдаю физически, моя мать забудет о моем существовании и вы, аналитик-мать, прекратите со мной анализ».

Страдающее тело — живое тело

Более глубокий смысл того, что на бессознательном уровне приписывалось болезни, во всем своем многообразии проявился значительно позже. Однажды Жоржетта заметила: «Если моя кожа больше не зудит и не чешется после того, как я ухожу от вас, это то же самое, что я вообще не имею кожи и вся распалась на части. По крайней мере, когда я не с вами, я все-таки знаю, что я имею мою кожу. Это успокаивает меня и говорит мне о том, что я живу внутри нее». Иными словами, с каждым приступом нейродермита Жоржетта получала подтверждение своей телесной целостности, а также личностной идентичности. Болезненные кожные ощущения способствовали возникновению других фантазий, которые приносили ей утешение; например, взять хоть что-то с собой от меня, хотя бы частичку моей кожи. Для меня так же, как и для Жоржетты, это было необычное открытие. Иными словами, ее страдающее тело выполняло довольно странным образом функцию *переходного объекта* (Winnicott, 1951). Ее кожа саднила, но это позволяло ей ощущать себя живой, в то же самое время воспоминания о внешнем объекте (аналитик и их «общая кожа») приносили ей определенное успокоение. Именно к этому периоду относится запись, сделанная мной: «Тело, которое страдает,— это также живое тело».

Но почему тело Жоржетты, ее кожа, а также ее соматическое функционирование должны были выполнять функции настоящего переходного объекта? Это был срыв, как и у многих других пациентов, склонных к полисоматизации, ранней интроекции успокаивающего и проявляющего заботу образа матери, с которым можно идентифицироваться (Krystal, 1977, 1978а, 1978б). Положительное инвестирование телесных страданий напоминает о детях, получающих непоследовательную материнскую заботу. Такие дети беспрестанно ушибаются головками о стенки своих кроваток, как будто стремясь найти подтверждение границам своего тела, это позволяет им отвлечься на какое-то время от своих болезненных эмоциональных состояний. То, что должно было прийти из внутренних источников (интроецированный образ материнского окруже-

ния, позволяющий ребенку ощутить телесные границы и контейнировать болезненные эмоциональные состояния), стало выискиваться в *страдающем теле*.

В следующий раз Жоржета добавила еще одно измерение к успокаивающему значению физического страдания. Она воскликнула: «Я чувствую себя подавленной этим гневом и ненавистью к матери и сестрам. Как же я могла не замечать этого так долго? Меня страшит их жестокость... это напоминает мне о том, что я боюсь утратить мои заболевания. Пока моя кожа саднила, а живот и бронхиальные трубки кричали, я знала, что я жива. И поэтому существовали другие! Я ведь никого не убивала. Мой гнев причинял вред только мне».

Мы поговорили о ее фантазиях, в которых она представляла себя всемогущей, и о том, что может произойти, если она позволит себе заполниться чувствами гнева и ненависти. «Боюсь, все будет снова так же, как и в детстве: я сойду с ума и увижу везде знаки смерти».

У меня возникла гипотеза, что еще в детстве психотические симптомы Жоржетты сменились психосоматическими. Тем не менее теперь она не так боялась, что психотические тревоги ее детства снова появятся. И, действительно, мы смогли проследить, что на протяжении многих лет ее поступки определяли именно эти страхи, которые, будучи однажды вытесненными, тем не менее приводили к разного рода сложным проблемам характера, а также к множественным фобиям. Среди последних наиболее ярко выраженными были: страх воды, перелетов, замкнутого пространства (самолет и лифт), ураганов и грома, а также разных образов, звуков и запахов, которые вызывали у нее такую панику, что это совершенно выбивало ее из колеи. (Этот перечень психологических заболеваний можно продолжать и дальше, и на самом деле, за исключением некоторых комфортных чувств, связанных с ее физическими страданиями, Жоржетта испытывала психическое страдание того или иного рода практически всегда.)

В процессе интерпретации и проработки этого материала, как в направлении переноса, так и детских воспоминаний, Жоржетта начала систематизировать свои детские соматические (и более поздние сексуальные) теории. «Моя астма не позволила мне

сойти с ума. Я вспоминаю себя ползущей с ощущением того, что столкнулась со смертью. Именно в тот момент я поняла, что не смогу ощущать себя в безопасности, если сама не позабочусь о себе. Моя мать проникала внутрь меня через каждую пору моего тела! Ее взгляд, голос, слова — все это буквально парализовывало меня. И смерть, которую она мне внушала всем своим видом. Но одновременно с этим я цеплялась за нее, поскольку так или иначе она одновременно олицетворяла собой жизнь».

Жоржетта признала, что большинство ее фобических симптомов представляли собой тайные сценарии и были направлены на то, чтобы защитить ее от этой «окружающей среды» — громоподобного, взрывного и пронизывающего материнского образа. И это позволило ей постепенно избавиться от большинства фобий. Поскольку ей удалось создать внутри себя образ матери, которая заботится о ней и утешает ее, и таким образом стать лучшей матерью для отчаянно напуганного ребенка внутри нее самой, всевозможные всплески и взрывы со стороны ее сомы также уменьшились. Не сложно представить, что за этими прегенитальными фобиями пряталось множество анально-эротических и анально-садистских фантазий с очень близкой к ним формой архаической сексуальной тревожности.

Несмотря на то, что она очень боялась серьезных изменений в своем соматическом Я, сильные боли ревматического характера возвращались теперь только тогда, когда Жоржетта испытывала стресс. Приступы тахикардии и гинекологические нарушения время от времени давали о себе знать, но после того, как были даны интерпретации ее недостаточной материнской заботы по отношению к своему собственному физическому Я, а также раскрыты фантазии, что эти заболевания представляли собой способ одновременного нападения на мое тело и тело ее матери, она согласилась проконсультироваться с кардиологом и гинекологом.

Ж.: Теперь, когда многие из тех заболеваний отступили, я чувствую холод. И я боюсь, что вам станет известно о том, что они меня больше не беспокоят.

Дж. М.: Как если бы без вашего заболевания вы перестанете для меня больше существовать?

Ж.: Да, именно так. Я боюсь утратить эту свою идентичность... в каком-то смысле это можно сравнить с тем, что мое страдающее тело всегда напоминало мне о том, что я существую. Оно защищало меня от вспышек гнева моей матери, а также от другой матери, которая уничтожила меня, как только я перестала быть ей полезна. И все же иногда я чувствую, что у меня хватит смелости жить в собственном теле, отдельном от вашего, и позволить вам жить в своем. Боже мой, мои руки совершенно окоченели, пока я рассуждала на эту тему!

Дж. М.: Иными словами, сейчас я оставлю вас, поскольку вы представляете для меня интерес, лишь оставаясь частью меня?

Ж.: Да! Именно через свои телесные страдания мне удается сохранять эту глубокую связь с вами. Как все это странно!

Сновидение, относящееся к этому периоду (где-то на пятом году нашего анализа), может служить иллюстрацией того, о чем говорилось выше.

Ж.: Мне приснился сон, что я оказалась в лифте с другой женщиной, и мы обе очень боялись застрять в нем. Потом мы неожиданно вновь оказались вместе в ванной комнате. Она уже приняла ванну, а мне пришлось мыться после нее в той же самой воде. На поверхности воды плавала отвратительная пена. Я вошла в воду, но эта пена стала прилипать к моей коже. Я пыталась отчаянно смыть ее с себя — и проснулась.

Жоржетта стала проводить ассоциации с этим сновидением, обращая внимание на то, что после пробуждения к ней вернулись ее прошлые навязчивые ритуалы. Все утро она пыталась отмыть руки, как если бы они были грязными. Потом она подробно рассказала о других своих ритуалах, связанных с чистотой, которые она часто осуществляла, но не считала симптоматическими. Создавалось впечатление, что она хотела продемонстрировать мне, какая она «замечательная чистоплотная девочка». (Впоследствии чувство вины, вызванное мастурбацией, а также чувственные ассоциации с телом матери, позволили проанализировать этот глубокий пласт сновидения.) Потом она отметила, что почти все утро потратила

на поиски блузки из какого-то особенного материала, и ее раздражало то, что тщетно она пыталась вспомнить название материала или найти блузку, что позволило бы ей «успокоиться и вновь обрести равновесие».

Поскольку Жоржетту, очевидно, не очень интересовала первая часть сновидения, я начала анализировать свои ассоциации, приходя к выводу, что двумя женщинами в лифте могли быть Жоржетта и я, запертые в наших психоаналитических отношениях. Только за день до этого она уверяла меня в том, что никогда не захочет прекратить анализ, а после того как я попыталась дать интерпретацию этому детскому желанию, она впала в панику. Когда я напомнила ей об этом, она согласилась с тем, что у нее также была мысль, что две женщины в лифте могли символизировать ее и меня. В результате чего она пришла к выводу, что ее сновидное желание состояло в том, чтобы я могла разделять ее фобию быть запертой в лифте. Вне всякого сомнения, это было ее истинное желание, чтобы мы представляли собой неразрывное целое, а также одинаково мыслили и чувствовали. Однако мне казалось, что это сновидение также указывало на *пугающую* часть желания слиться со мной навсегда, пугающую настолько, насколько я представляла для нее внутренний образ смертоносной матери, от которого она стремилась убежать. Несмотря на то, что теперь Жоржетта уже признавала чувство гнева, которое она постоянно испытывала в отношении своей матери, поскольку та «сделала ее узником своих личных потребностей», она была неспособна связать эти чувства со мной в переносе.

Пена в ванной, которая «так отвратительно прилипала к ее коже», напоминала о метафоричных высказываниях в адрес ее матери, когда она сообщала, что ей ненавистно то, как смотрит на нее мать или позволяет себе судить о ее прическе или стиле одежды. Я также стремилась понять, могли ли те чувства, которые нашли свое выражение в сновидении, равно как и последовавшее за этим мытье рук, представлять некий ключ к разгадке возможных архаических телесных страхов, которые приводили к различным кожным высыпаниям, возможно, и к вспышке некоторого психического возвращения к примитивным и невыразимым фантазиям. Поскольку Жоржетта при-

знавала расщепленные образы своей матери, матери, от которой она стремилась избавиться, потому что та «олицетворяла собой смерть», и матери, к которой она хотела навсегда прилипнуть как определенному источнику, вселяющему жизнь (теперь этот образ проецировался на аналитика),— я попыталась обратить ее внимание на вторую часть сновидения, в которой как раз можно было увидеть этот значительно инвестированный частичный объект — ее кожу.

Дж. М: Так что же с этой липкой пеной в нашей аналитической ванной?

Ж.: Но мой визит сюда можно сравнить с глотком свежего воздуха. После сессии у меня всегда появляется ощущение легкости и готовность жить. Возможно, это как-то связано с моей матерью.... то, как она смотрела на меня, почти сексуально, из-за чего я ощущала себя так, как если бы она совершала нападение на мое тело.

Дж. М.: Возможно, мы могли больше узнать об этих чувствах здесь.... вы помните, как часто вам становилось не по себе, когда вы лежали на кушетке и вам хотелось спрятать свое тело, как если бы я тоже могла смотреть на вас именно так?

Ж.: Да. Я знаю, мне по-прежнему страшно говорить здесь о своих сексуальных фантазиях, но есть что-то еще более отвратительное. Это как если бы мое тело было грязным и безобразным и мне нужно было скрывать его от вас.

Хотя эти ассоциации, связанные с переносом, были слишком тяжелыми для Жоржетты, чтобы она могла их продолжать, именно тогда у нее стал возникать образ матери, несколько отличный от прежнего.

Ж.: Мою мать нельзя назвать счастливой женщиной. В каком-то смысле она завязла и блокирована в отношениях со мной, как и я с ней. Почему же я до сих пор так сильно страдаю от клаустрофобии?

Дж. М.: Вы увидели это сновидение. Возможно, эта детская часть вас до сих пор хочет быть запертой с ней и прилипнуть к ней, подобно чувствам, которые вы испытываете здесь? Может

быть, для вас легче сказать, что это ее желание, а не ваше? Возможно, за отвратительной пеной скрывается желание обладать ее телом и кожей?

Парадоксальный переходный объект

На следующей сессии Жоржетта представила подтверждение этой последней интерпретации, а также вспомнила нечто очень важное, о чем давно уже забыла.

Ж.: После той сессии я все думала о блузке, которую не могла найти ни в одном из моих любимых ящиков, и я вспомнила восхитительную ночную сорочку моей матери из такого же материала. Сорочка была очень соблазнительной, и она лежала у нее в ящике, который запирался на ключ. Она была сделана из такой же мягкой пенящейся ткани, название которой я не могу вспомнить. (Я подумала, что это креп-жоржет!) Мне не разрешалось трогать ее, но у нее был носовой платок из такого же материала, и она отдала его мне. Я спала с этим платком каждую ночь очень долгое время.

Наряду с тем, что данное воспоминание объясняло выбор Жоржеттой своего псевдонима (я попросила у нее разрешения процитировать отдельные части нашего с ней анализа за несколько месяцев до сессии, о которой только что шла речь), мы также смогли увидеть на аналитической сцене ее детские попытки создать переходный объект — тот «пенящийся» платок из креп-жоржета, который представлял (как и все препереходные объекты) тело ее матери, запах и кожную поверхность. Но это сновидение указывало и на то, что подобный пенный материал также представлял собой *объект, вызывающий ужас*. Таким образом, мы можем предположить, что образы матери, дарящей жизнь и навевающий смерть, никогда в действительности не разделялись на желаемый объект и вызывающий страх. Напротив, они объединялись, что еще раз свидетельствовало о срыве нормального функционирования процессов расщепления раннего детства. Ее переходный объект не смог реализовать

свою подлинную функцию, а именно освободить ее от чрезмерной зависимости от матери. В какой-то степени ее кожа и телесные функции вынуждены были выполнить эту функцию вместо подлинного переходного объекта. (Я часто сталкивалась в процессе анализа с пациентами, у которых наблюдалась серьезная соматизация с подобными нарушениями при формировании переходного объекта в детстве.) Ассоциации Жоржетты также пролили свет на двойную реакцию, которая последовала за ее сновидением: с одной стороны, все утро она чувствовала, что ей необходимо отмыть руки, как если бы ей хотелось предотвратить бессознательные страхи эротического и агрессивного контакта с материнским телом, а с другой стороны, всю вторую половину дня она искала метафорический эквивалент хороших аспектов материнского тела, ее кожи и присутствия.

Возможно, это можно считать одним из объяснений соматических реакций Жоржетты на определенные ситуации, к которым она стремилась и которых в то же самое время боялась. Ее кожные высыпания ассоциировались с переживаниями сепарации, что означало жизнь, так как они были подтверждением ее независимого существования, но также и смерти, поскольку она ощущала себя отнятой от матери и оставленной ею. Отечность, которая проявлялась у нее при употреблении в пищу любимых ею морепродуктов («они были такими аппетитными, и от них шел такой хороший запах»), из-за которых она серьезно заболевала всякий раз, когда ей доводилось их попробовать, очевидно, отражала ту самую парадоксальную реакцию. И хотя нам пришлось подождать еще один год, прежде чем мы смогли понять то, что в действительности скрывалось за нейродермитом и отечностью, именно тогда Жоржетте наконец удалось избавиться от фобий, связанных с лифтами и самолетами.

Также произошло много и других изменений. Жоржетта стала отдавать предпочтение более яркому и женственному стилю в одежде, ей стало проще находить общий язык с друзьями, и она сделала значительный прорыв в работе. Кроме того, ее сексуальная жизнь стала приносить ей большее удовлетворение, стала более значимой для нее, несмотря на то, что она по-прежнему испытывала тревогу, озвучивая подобные мысли.

Если попытаться резюмировать все те динамические изменения, которые произошли в процессе нашего анализа на протяжении этих шести лет, я бы отметила, что осмотический перенос постепенно перешел в анаклитический, потом в гомосексуальный, и лишь потом мы имели дело с подлинно эдипальным переносом. Анализ гомосексуального переноса привел Жоржетту к тому, что теперь она уже спокойно представляла нашу с ней сепарацию и не усматривала в этом какой-либо опасности для обеих сторон. Мы были (почти) два отдельных человека с двумя отдельными телами и идентичностями. Ее мать также начала обретать собственную идентичность.

Изменение материнского образа

Сон, который ей приснился незадолго до того, когда мы должны были расстаться на время отпуска, в некотором смысле резюмировал интеграцию гомосексуальной связи Жоржетты с ее матерью.

> **Ж.**: Мне приснился один из тех кошмаров... как в былые времена, когда у меня была астма. Я очутилась в маленькой лодке из тростника, а море становилось все более и более разгневанным, и морская пучина могла меня поглотить. Но мне удалось найти небольшую хижину, в которой я смогла спрятаться. Волны доходили до уровня окон и гремели за ними. Потом я неожиданно обнаружила женщину в моем маленьком домике. Она указала на два симпатичных горшка округлой формы, которые, очевидно, принадлежали мне, и сказала: «Отдайте мне их». Я, не сомневаясь ни секунды, ответила ей: «Забирайте, они ваши!»

Когда Жоржетта вспоминала эту часть сновидения, она положила руки на свои груди, а потом протянула их в жесте, символизирующем отдачу ею «горшков» той женщине. Рассказывая о бушующем море, которое несло в себе угрозу, она не могла не вспомнить о матери (одинаковое звучание слов «море» и «мать» во французском языке придавали еще большую зна-

чимость этим эквивалентам), и она заметила, что она отдала все, что принадлежало только ей,— свою женственность, сексуальность, материнство,— своей матери. Я согласилась с предложенной ею интерпретацией, но добавила, что в своем сновидении она также «давала грудь» своей матери (на французском «давать грудь» — распространенное выражение, означающее кормление грудью).

> **Ж.**: Но ведь это правда! Я постоянно ее «кормила», включая все маленькие подарочки и оказываемые ей знаки внимания. Ей постоянно требовалось уделять внимание, чтобы мы могли оставаться вместе. Всякий раз, когда она заболевала или чувствовала себя несчастной, я всегда испытывала чувство вины, как если бы это я сделала что-то не так. Я была ее навечно преданной слугой. В ней заключался весь смысл моей жизни. Это *она* была потерянным ребенком, а не я!

Так постепенно создавался совершенно иной материнский портрет — нарциссически хрупкой женщины, страдающей от того же самого страха, что и сама Жоржетта; страха, что она не может существовать как отдельная личность. На самом деле мать, возможно, была настолько хрупкой, что нарциссически использовала своих детей для поддержания интегрированного собственного образа, а когда они уже не справлялись с этой функцией, их потребности и желания переставали существовать в ее глазах.

Как бы то ни было, та опасность, которую Жоржетта приписывала психической репрезентации своей матери, начала меняться по своей сути. Теперь она уже больше не ощущала себя «пажом матери», как она однажды выразилась. Напротив, она стремилась понять, почему исполняла эту роль и могла защитить себя от этих опасностей только через соматизацию.

> **Ж.**: Вы однажды сказали, что я стала взрослой в пятнадцать месяцев. Говорила ли я вам, что научилась ходить, когда мне было девять месяцев? Уже тогда я пыталась ускользнуть, чтобы никто мною не руководил.

(Здесь перед нами открывается трагедия слишком рано повзрослевшего ребенка — став взрослым, он представляет собой «взрослую» раковину, за которой скрывается младенец, стремящийся к симбиотическому союзу. Такие дети, став взрослыми, часто боятся быть успешными, так как это означает для них заброшенность. Мы часто обсуждали страх Жоржетты по поводу ее прогресса в процессе анализа, поскольку это всегда означало, что если ей станет лучше, я выгоню ее на улицу умирать.)

> **Ж.**: Я была всегда такой независимой, но мне никогда не приходило в голову, что я прожила всю свою жизнь в полном подчинении матери. Было невозможно хотеть чего-то такого, чего она не одобрит. Но меня по-прежнему поражает та страшная ненависть, которую я открыла в отношении нее... хотя сейчас это уже пугает меня меньше, чем раньше. Теперь я чувствую, что мой гнев уже не сможет разрушить мою любовь.

Вскоре после появления этих новых тем Жоржетте приснился сон, свидетельствующий о важном психическом изменении в ее внутреннем мире. В обстоятельствах, представляющих для нее определенную опасность, она воскликнула во сне: «Папа, пожалуйста, приди ко мне!» По пробуждении у нее было достаточно странное ощущение, она посмотрела на себя в зеркало и впервые обнаружила удивительное сходство со своим отцом!

Так как все мои предыдущие попытки выдвинуть на первый план отсутствующую в психическом мире Жоржетты фигуру отца были ею отвергнуты или немедленно забыты, введение отца как очень значимого объекта было серьезным изменением в ее психическом мире и впервые позволило рассмотреть эдипову организацию Жоржетты, а также ранние эдиповы запреты, которые до настоящего времени она не позволяла себе вербализировать. Таким образом, эдипов дистресс, который она не признавала, несмотря на то, что он был зафиксирован в психике, мог выражаться только в примитивных соматопсихических формах. В следующей главе мы рассмотрим этот важный сдвиг.

Глава 11

LES FRUITS DE LA MÈRE

На седьмом году анализа Жоржетта начала задумываться о наступлении летнего перерыва в работе, о чем раньше она даже и мысли не допускала. Следует отметить, что на этом этапе аналитического путешествия, несмотря на исчезновение практически всех ее психосоматических симптомов, она по-прежнему страдала от сильной аллергии на определенные фрукты, а также на рыбу и креветки. Возникла игра слов, основанная на переиначивании известного французского выражения «les fruits de mer» — «дары моря»: «les fruits de la mère» — «дары матери». Я стала называть все эти продукты «запретными плодами». Ее первые слова на первом сеансе после летнего отпуска были такими:

Ж.: Впервые во время отпуска у меня было все нормально с кожей и с телом. Никакой депрессии или тревоги. И я даже не боюсь вам об этом говорить! Только сейчас я в полной мере стала понимать, какую огромную помощь вы мне оказали: мое тело теперь не принадлежит никому, кроме меня, и мне не нужно больше бояться того, что оно распадется на части.

Прежде чем переходить непосредственно к сессии, мне бы хотелось отметить один из признаков примитивной матери — «окружающей среды», которую мы обнаружили в психической структуре Жоржетты: ее острая реакция на запахи (многие из

которых, очевидно, исходно и вызывали аллергические реакции). В первые годы нашей работы она неумеренно пользовалась духами, отчасти для того, чтобы «обозначить свою территорию», как я это называю, поскольку она надеялась, что другие пациенты обязательно обратят на это внимание (что на самом деле они и делали, часто жалуясь на то, что запах ее духов ощущается уже при входе в здание). Также можно отметить различные анально-эротические и анально-садистские фантазии, имеющие отношение к потребности Жоржетты быть уверенной в том, что любые естественные телесные запахи были совершенно недопустимы. Впоследствии через сновидения и ассоциации мы обнаружили, что запах тела был непосредственно связан также с сексуальными запахами и страхом, что женские половые органы имеют неприятный запах. Как-то раз Жоржетта попробовала съесть устриц, что закончилось сильной отечностью. После этого она увидела сон о теле женщины в форме съедобного моллюска. В своих ассоциациях она вспомнила, что когда была школьницей, в лексиконе деревенских мальчишек слово «моллюск» использовалось как раз для обозначения женского полового органа. Анализ этих важных символов привел к тому, что в сексуальной жизни Жоржетты произошли значительные изменения (она стала получать больше удовольствия от сексуальных отношений со своим мужем), но при этом ей так и не удалось избавиться от сильных аллергических реакций. Последние были связаны с более архаичными либидинозными фантазиями, значение которых в сознание не допускалось.

Я задумалась о том, что младенцы всегда находят грудь с помощью обоняния, и любой ребенок точно знает запах своей матери. Нет сомнения в том, что ребенок, в частности, различает родителей по их *запахам*. Обращаясь к анализу и детскому опыту своих пациентов-«аллергиков», я подумала, что, вероятно, даже на столь раннем этапе их жизни предрасположенность к аллергическим реакциям может возникать в контексте нарушенных отношений мать-ребенок. Мне пришло также на ум, что во многих случаях токсичные аллергены в детстве были запахами, вкусовыми или тактильными ощущениями, к которым ребенок страстно стремился и которые он *позитивно* инвестировал.

Принимая во внимание тревожность Жоржетты по поводу сновидения про моллюска и ее ассоциации, а также приближающийся перерыв в нашей работе, я попыталась интерпретировать этот материал, обращая внимание на то, что маленькая девочка в ней, очевидно, хотела чувствовать этот запах, касаться, пробовать на вкус и на самом деле съесть половые органы своей матери; это было неким примитивным способом стать матерью и обладать ее половым органом, а также ее сексуальными привилегиями и воображаемым содержанием тела.

Теперь уже практически не остается сомнений в том, что такие фантазии о слиянии, в которых один человек становится другим через поедание либо его целиком, либо какой-то желаемой части, представляют универсальные архаические либидинозные влечения. Сохранение этих примитивных эротических влечений во взрослой жизни в форме психосоматических проявлений опять же указывает на определенные нарушения в процессах интернализации в раннем детском возрасте. Ну а теперь дадим возможность Жоржетте рассказать о том, как ее психика использовала эти пробные интерпретации.

Дары моря

Ж.: Я хочу сообщить вам что-то очень важное: у меня больше не возникает никаких аллергических проявлений! Во время каникул я ела все подряд — все, что только водится в море: рыбу, устриц, лобстеров, моллюсков, мидии. И я все никак не могла ими насытиться. Что за наслаждение, и не было даже намека на аллергическую вспышку! Впервые за сорок лет страданий я даже могла позволить себе есть клубнику и малину.

Жоржетта надолго замолчала, а затем продолжила свои ассоциации.

Ж.: Я думала о том, что вы иногда говорили о «запретных плодах»... плодах моей матери, ее груди, ее половых органах, ее детях... которые маленькая девочка внутри меня хотела съесть, чтобы стать женщиной. Я чувствую это очень глубоко, и я не

знаю, почему эта мысль пугала меня на протяжении стольких лет. (Снова молчание.) Однажды я хотела обрадовать мужа известием о том, что теперь я люблю «дары моря», а вместо этого сказала: «Как мне нравятся дары моего отца!»

Такая оговорка указывает на запретный плод, причем это касается как отца, так и матери, что представляет собой наиболее важный и отсутствующий, несмотря на наши совместные усилия, аспект психического мира Жоржетты. Я попросила Жоржетту продолжать развивать эту интересную мысль, и она вспомнила о давно забытом эпизоде из своего прошлого.

Ж.: Как странно... как я могла это забыть? Мой отец обожал рыбу и креветок. Он проглатывал их с огромным удовольствием: мидии, креветки, моллюски, устрицы. Подождите! Я припоминаю кое-что еще. Мне было года три. Я с огромным восхищением смотрела на отца, поедающего моллюска или мидию. Он предложил мне попробовать их на вкус. Они и сейчас стоят у меня перед глазами. Он отделил две маленькие... две маленькие части (я чуть не сказала «две маленькие губы»)... потом он выдавил каплю лимонного сока на них и дал мне это съесть. Я проглотила, и это было очень вкусно! Как же все эти годы я могла совершенно забыть о том, что морепродукты были страстью моего отца? Это была его особая территория!

Я была поражена тем, с какой метафоричной экспрессией рассказывала Жоржетта о «страсти» своего отца и «территориальных правах», и решила дать интерпретацию образа первосцены, который она нарисовала сюрреалистическим взглядом ее детских глаз: вскрытие отцом моллюска и выдавливание в него капли лимонного сока.

Дж. М.: Крошечные губы моллюска и капля лимонного сока — не был ли это детский образ обоих родителей вместе?

Ж.: Я чувствую смущение... у меня все смешалось в голове...

Дж. М.: Отец и мать?

Ж.: Да! И этот особый запах... у моего отца был запах, который меня пугал. *Именно поэтому* я не разрешала ему целовать себя,

когда училась в школе! Это еще один момент, про который я совсем забыла. А теперь я думаю вот о чем... что смущает меня... Мой отец, который все время ел мидии, должен был иметь запах половых органов моей матери. Ну разве это не бред? И еще кое-что, мне даже трудно это произнести... Вчера я рассказывала одной своей подруге о своем значительном открытии по поводу женских половых органов и мидий, на что она мне заметила, что у спермы также запах креветок.

Дж. М.: «Дары моря»... там, где смешиваются два пола? Именно это трудно произнести?

Я напомнила Жоржетте, как часто она рассказывала о преследующих ее запахах и отметила, что теперь было очевидно, что она отказалась от сексуальных запахов и в особенности от того, что за ними скрывалось наличие у ее родителей половых отношений. Ритуалы, выраженные в желании закрывать рот, держаться за грудь и пр., которые она тайно практиковала в детстве, вне всякого сомнения, были направлены, как она всегда утверждала, на то, чтобы предотвратить смерть. Но у нас может возникнуть вопрос, не были ли они в равной степени направлены на отрицание сексуальных отношений между ее родителями, что в прошлом воспринималось маленькой Жоржеттой как угроза смерти.

Ж.: Да, я начинаю это видеть!

Дж. М.: Смотреть?

Ж.: Да... и понимать... запах! Это был запах их комнаты, и тогда я отдала бы все, чтобы не ощущать его!

Таким образом, впервые за семь лет Жоржетта смогла осознать, что ее родители вместе спали в одной и той же кровати, по крайней мере, до тех пор, пока ей не исполнилось трех лет. И тогда она вспомнила сон, который видела в первую неделю нашего анализа. Она рассматривала пару хрустальных сережек и не могла их надеть. Поскольку это был один из ее первых снов, тогда я акцентировала ее внимание на таких словах, как «пара», «уши», «сережки», «рассматривала», неспособность «использовать» сережки и т.д., но ей не приходило в голову никаких ассоциаций. Сейчас же она с удовольствием

сообщила: «Я знаю, на что были похожи те хрустальные капельки. Это бусинки из декоративного обрамления светильников в их спальне!»

Так во внутреннем мире Жоржетты возникла новая и жизненно важная связь в цепи забытых воспоминаний. Эдипова составляющая может быть в конце концов добавлена ко всему, что мы уже реконструировали, а именно к страстной привязанности Жоржетты к телу матери и к ее личности. Эдиповы волнения были преждевременно вытеснены. Затем, столкнувшись с любовью-ненавистью к телу и желанием занять место своей матери, репрезентация «комбинированных родителей» уступила фантазии «комбинированного тела» и потом фантазии об одном теле на двоих с целью прекратить нарциссическое унижение в течение беременности ее матери и рождения младшей сестры. В ее внутреннем мире, резко опустошенном, прижилось воспоминание, ставшее экраном и предназначенное для вытеснения: отец с жадностью получает наслаждение от материнских половых органов, замаскированных под «дары моря», что и приводит к совместным плодам, ее маленьким сестрам.

При столкновении со своим инфантильным желанием съесть свою мать (которое для всех детей представляет первые попытки в своих фантазиях интернализировать и либидинозно обладать материнской вселенной) страстная маленькая людоедка уже не может обратиться ни к матери, ни к отцу для получения подтверждения, что однажды она тоже станет женщиной и будет иметь право на сексуальные желания и их удовлетворение. В силу многих причин — я указала лишь некоторые из них — Жоржетте «некуда» было идти. У нее не было модели любящей пары, внутри которой она могла открыть собственное будущее как женщины. Сначала потерпела неудачу ее потребность интроецировать материнский образ как нарциссически успокаивающую репрезентацию женственности, позднее произошла блокировка интеграции нормальных гомосексуальных желаний (поскольку любые попытки установления более тесной связи с матерью приводили ее в область материнских нарциссических потребностей, где она могла быть в любой момент дезинвестирована или где она могла почувствовать, как отрицается ее собственное отдельное существова-

ние). Кроме того, она считала, что мать запретила ей любить отца; поэтому она не могла обратиться к нему, как это делают многие маленькие дети, за помощью в сепарации от примитивной любовно-ненавистной связи со своей матерью.

После рождения младшей сестры мать резко сократила общение с Жоржеттой, которая так нуждалась в ее внимании. И любые попытки девочки уцепиться за физически отсутствующую мать были сопряжены с сильными переживаниями и таили в себе двойную опасность. С одной стороны, ее потребность в слиянии и единстве означала психическую смерть; с другой стороны, ее пугали собственные деструктивные желания, поскольку она боялась своего всемогущества и того, что может уничтожить отца, мать и маленьких сестер — плоды материнской утробы и семени отца — и, соответственно, лишиться своего права на жизнь. Эти фантазии скрывались во вкусе малины и клубники, а также запахе устриц и морепродуктов (сексуальные запахи родителей и их отношений). Их вкус и запах были пропитаны телесными воспоминаниями и архаичными либидинозными потребностями младенца, и только вторично они приобретали вербальное и эдипальное значение. Иными словами, эти «запретные плоды» представляли собой *символические эквиваленты* (Segal, 1957), а не являлись *психическими репрезентациями* различных аспектов «материнской груди» в раннем младенчестве.

При отсутствии более ранних причин психологических нарушений *те же самые элементы могли быть использованы для создания истерических, а не психосоматических симптомов*. Вытесненное воспоминание об отце, предложившем своей маленькой дочери попробовать мидию, вместе со всем тем, что эта сцена представляла для нее, его фаллическая роль в супружеской паре вряд ли могли сами по себе вызвать сильный психосоматический регресс, преследовавший ее в дальнейшем, если бы более ранние отношения с матерью не были настолько нарушенными. Довербальные презентации более ранних отношений, не поддающиеся вербальной символизации, положили начало «символическому равенству», которое Сегал (Segal, 1957) приравнивала к психотическому механизму или же здесь можно было бы говорить об овладении только статусом

«пиктограммы» (Aulagnier, 1975) или, в терминологии Биона (Bion, 1963), о «бета-элементах». Психика, обходя словесные презентации через регрессию к инфантильным способам переживания психической боли, сохраняла динамические, но деструктивные вещественные презентации (Freud, 1915а, 1915б, 1916–1917), с которыми она могла функционировать и издавать сигналы об опасности. Поскольку они не содержались в словах, такие *вещественные презентации* мобилизовали сильные и неконтролируемые бессознательные силы всякий раз, когда психика сталкивалась с ситуацией, представляющей угрозу (например, переживание сепарации или чувства гнева).

К этим безмолвным предупреждениям потом добавились эдипальные запреты как гомосексуального, так и гетеросексуального характера. Последние, достигнув вербальных репрезентаций, были впоследствии вытеснены, и лишь после этого должны были обеспечить совокупность элементов для более полного снабжения невротических симптомов (например, многочисленных фобий и навязчивых ритуалов Жоржетты). Однако любое нарушение *архаических* инцестуозных потребностей Жоржетты, которое выражалось в желании съесть «запретные плоды», могло зависеть от защитных невротических барьеров, таким образом, возникал риск соматического взрыва, что уже имело место в ее раннем детстве, когда психический дистресс мог реагировать только на психические репрезентации телесных ощущений. Эти соматические заболевания впоследствии нашли свое выражение в садистических фантазиях, направленных против ее собственного тела и ее я. Любовные и деструктивные инфантильные желания, которые обнаружились в процессе анализа и болезненно воспринимались Жоржеттой, прежде абсолютно не допускались в сознание и даже не имели шанса стать предсознательными. Но, как отмечал Фрейд (Freud, 1923), *аффекты могут легко обходить предсознательные пласты психического функционирования*. Таким образом, становится понятно, что перед лицом разрушительных аффектов психика Жоржетты могла порождать лишь примитивные соматопсихические сигналы.

С другой стороны, гордиев узел мучений, отмеченный опасными импульсами любви и ненависти, а также обычными эдиповыми запретами, остающимися недоступными для психиче-

ской репрезентации и последующего развития, имел иное психическое развитие. Глубокое вытеснение дало начало серии истеро-фобических и фобо-обсессивных защит; последние сформировали частично осознанное страдание, что и послужило причиной обращения Жоржетты за психоаналитической помощью.

Что касается психосоматической составляющей в психической структуре Жоржетты, этот психический компромисс хорошо иллюстрирует понятие архаической формы истерии, в которой борьба фундаментально направлена не на сохранение своей генитальной сексуальности (как в классической концепции истерической структуры), но на защиту самой жизни, которая находит выражение в ранней либидинизации целостного соматического Я. Эти жизненно важные составляющие в психической структуре Жоржетты исключались из символической языковой цепи и, таким образом, должны были быть болезненно воссозданы в процессе анализа.

Можно предположить, что перед лицом страдания и психически нерепрезентированного отчаяния массивные, но непереработанные сообщения, которые психика была не способна послать, обходили языковые структуры. Следовательно, психические сообщения декодировались как предписание телу слепо направить свои силы на борьбу с психической болью. Нечто похожее случается в детстве, когда младенец с помощью криков, жестов и сомато-психических реакций на стресс посылает невербальные сообщения, которые только мать способна интерпретировать. В этом отношении она функционирует как мыслительная система своего ребенка и адекватно реагирует на стресс, который он испытывает. Из-за определенных нарушений в интроективных процессах ребенка, посредством которых ребенок медленно создает в своем внутреннем мире репрезентацию этой материнской функции, с которой он может идентифицироваться, эта основная психическая структура оказывается поврежденной. Пациенты, подобные Жоржетте, устанавливают связи между телом и психикой на этом пресимволическом уровне, характерном для младенчества.

Возникает вопрос: почему некоторые формы соматических дисфункций выбираются как более предпочтительные по

отношению к другим? Этот вопрос слишком объемный, чтобы мы могли представить здесь адекватное объяснение; тем не менее мы можем отметить важность случайных встреч психики и тела в определенные важные моменты на этапе раннего структурирования психики. Например, когда психика ищет некоторую репрезентацию угрожающей ситуации с тем, чтобы подать соответствующий сигнал о необходимости действия, может случиться так, что тело по причине болезни или соматической уязвимости (например, аллергии, от которой страдала мать Жоржетты) становится психически связанным с сигналом об опасности, подаваемым психикой. Очевидно, что у тела имеется собственная крепкая память.

Когда такое связывание устанавливается на этапе раннего структурирования психики, подобные патологические психосоматические связи могут продолжаться всю жизнь, не оставляя человеку никаких других возможностей для реагирования на внешний и внутренний стресс, кроме сильнодействующей соматизации, поскольку они исключаются из более развитых форм психической репрезентации и признания аффектов. Возьмем более простой пример. Мы можем предположить, что, когда младенец задерживает дыхание в моменты переживания им сильной тревоги, это может быть основанием для возникновения в дальнейшем симптомов бронхиальной астмы. Потом астматические реакции могут возникать в любой ситуации, вызывающей тревогу, вместо словесных презентаций, связанных с тревожащим аффектом и дающих возможность размышлять, предотвращая таким образом прямой соматический ответ на сообщения об опасности, посылаемые психикой.

Из этих гипотез следует, что психосоматические заболевания, даже если они представляют угрозу для жизни, могут быть, как это ни парадоксально, использованы с целью психического выживания.

В случае Жоржетты подобная техника выживания требовала от нее подавления всех враждебных мыслей, какими бы сильными они ни были, в отношении первичных объектов любви. Для поддержания дезинвестированных и освобожденных от телесной компоненты связей с обоими родителями пораженная психика, очевидно, не имела иных способов выражения, кроме

как посылать примитивные импульсы «бегства или борьбы», которые приводили к сложным формам соматических дисфункций. Вместо *психосексуальной* истории Жоржетта представила *психобиологическую*; не признаваемые ею эмоциональные конфликты сначала выражались в сильной анорексии, которая преследовала ее все детство и отрочество, потом в серьезном отказе дышать, что проявлялось в ее астматических приступах еще с младенчества. Ко всему этому добавился молчаливый протест, который привел к сердечной патологии, гинекологическим нарушениям, язве, кожным реакциям и нейродермиту. Жоржетта считала, что фантазия (которой она одновременно желала и боялась) о наличии одного тела на двоих, представляла закон ее матери. Любой отказ выполнять этот закон приводил к утрате материнской любви и, соответственно, психической смерти. Оказалось, что путем телесных страданий она смогла убедить себя в том, что ей не нужно бояться деструктивных аспектов этого желания, которое угрожало как ее телесной целостности, так и индивидуальной идентичности.

Не можем ли мы сейчас прийти к заключению, что за всеми психосоматическими проявлениями Жоржетты скрывалось ее сильное желание выжить? Между тем ее постоянные соматические реакции на психоаналитической сцене вынуждали нас декодировать беззвучные «коммуникации» тела и переводить эти примитивные сообщения в вербализируемые психические репрезентации. *«Био-логика»,* которая управляла телесным и душевным функционированием Жоржетты, медленно трансформировалась в *«психо-логику»,* что позволило ее телу, склонному к анархии и отрицающему прошлое, после долгих лет анализа, наконец, стать символическим, а ее душе освободиться от психосоматических цепей.

Описанием случая Жоржетты мне бы хотелось завершить эту книгу. Я старалась показать своим читателям то, как психоаналитик учится прислушиваться к «языку» тела, языку, имеющему множество «диалектов». Как мы могли увидеть в этой книге, каждый пациент, используя различным способом сложный перевод того, что его тело нашло для ответа на примитивные психические сообщения, открывает свою уникальную и личную драму. Когда эта драма подлежит обсуждению и

разделяется в терапевтической ситуации (поскольку работа анализа всегда является результатом, созданным двумя людьми), психика становится способна приступить к задаче модификации драмы. И тело, таким образом, освобождается от своих повторяющихся попыток найти решение и справиться с психической болью.

Тем не менее факторы, вызывающие психические изменения, постоянно ускользают от нас. В этой книге вопросов было задано больше, чем дано ответов. Я очень надеюсь, что мои коллеги также поделятся со мной своими открытиями, а наши совместные усилия вкупе с результатами исследований в других дисциплинах относительно связи и существующих тайн между душой и телом могут в значительной степени способствовать расширению наших знаний о психосоматическом Я.

Литература

Alexander, F. (1987) *Psychosomatic Medicine*. New York, Norton.

Alexander, F., French, T., and Pollock, G. (Eds) (1968) *Psychosomatic Specificity.* Chicago, University of Chicago Press.

American Heart Association, Heart Facts Reference Sheet, 1978.

Anzieu, D. (1974) «Le moi-peau», in *Nouvelle Bévue de Psychanalyse,* n° 9, Paris, Gallimard.

Anzieu, D. (1984) «Au fond du soi, le toucher», in *Revue Française de Psychanalyse,* n° 6.

Aulagnier, P. (1975) *La violence de V «interprétation,* Paris, PUF.

Aulagnier, P. (1980) «La “filiation” persécutive», *Psychanalyse à l’Université,* t. 5, n° 18.

Aulagnier, P. (1984) *L’apprenh-histonen et le maître-sorcier.* Paris, PUF.

Bion, W. (1959) «Attacks on linking», in *Second Thoughts,* London, Heinemann, 1967, 93-109, trad fr, in *Réflexion faite,* PUF, 1983.

Bion, W. (1962) *Elements of Psychoanalysis,* London, Heinemann, trad fr, *Éléments de la psychanalyse,* PUF, 1979.

Bion, W. (1963) *Learning from experience,* London, Heinemann, trad fr, *Aux sources de lexpérience,* PUF, 1979.

Braunschweig, D. et Fain, M. (1975) *La nuit, le jour.* Paris, PUF.

Brazelton, T. (1982) «Joint regulation of neonate-parent behaviour», in E. Tromck (Ed), *Social Interchange m infancy.* Baltimore. Md University Park Press.

Debray, R. (1987) *Bébé/Mè res en révolte*. Traitements psychanalytiques conjoints des déséquilibres psychosomatiques précoces, Pans, Paidos/Le Centurion.

Dunbar, F. (1943) *Psychosomatic Diagnosis*. New York, Hoeber Press.

Engel, G. (1961) «Anxiety and depression withdrawal the primary affects of unpleasure», in *International Journal of Psychoanalysis*. 43. 89-97.

Fain, M. (1971) «Prélude a la vie fantasmatique», in *Revue Française de Psychanalyse,* 35. 291-364

Fain, M., Kreisler L. et Soulé M. (1974) *L’Enfant et son Corps*. Paris, PUF.

Faimberg, H. (1987) «Le télescopage des generations», in *Psychanalyse à l’Université,* t XII, n° 46.

Ferenczi, S. (1931) «Child analysis m the analysis of adults», in *Final contribu-tions,* London, Hogarth Press, 1955, trad fr, in *Psychanalyse IV,* Payot, 1982.

Freud, S. (1884) «Les psychonévroses de défense», in *Névrose, psychose et perversion,* PUF, 1973, SE, 3.

Freud, S. (1898) «La sexualité dans Pétiologie des névroses», in *Résultats, idées, problè mes I,* PUF, 1984, SE, 3.

Freud, S. (1900) *L'interprétation des rẹves,* PUF, 1967 (nouvelle éd révisée), SE, 4-5.

Freud, S. (1911a) «Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoďa», in *Cinq psychanalyses,* PUF, 1954.

Freud, S. (1911b) «Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques», in *Résultats, idées, problčmes I,* PUF, 1984, SE, 12.

Freud, S. (1914) «Pour introduire le narcissime», in *La Vie sexuelle,* PUF, 1969, SE, 14.

Freud, S. (1915a) «Le refoulement», in *Metapsychologie,* Gallimard.

Freud, S. (1915b) «L'Inconscient», in *Metapsychologie,* Gallimard.

Freud, S. (1916-1917) «L'état névrotique commun», in *Introduction à la psychanalyse,* Payot.

Freud, S. (1918) «Extrait de l'histoire d'une névrose infantile», in *Cinq psychanalyses,* PUF.

Freud, S. (1920) «Au-delà du principe de plaisir», in *Essais de psychanalyse,* Payot.

Freud, S. (1923) «Le Moi et le Ça», in *Essais de psychanalyse,* Payot.

Freud, S. (1924) «La perte de la réalité dans la névrose et la psychose», in *Névrose, psychose et perversion,* PUF, 1973.

Freud, S. (1937) «Constructions dans l'analyse», in *Résultats, idées, problèmes II,* PUF, 1985 (1938a) «Le clivage du moi dans les processus de defense», in *Résultats, idées, problè mes II,* PUF, 1985.

Freud, S. (1938b) *Abrégé de psychanalyse,* PUF.

Friedman, M. et Rosenman, R. (1959) «Association of specific behaviour pattern with blood and cardiovascular findings», in *Journal of the American Medical Association.*

Gaddini, R. (1970) «Transitional objects and the process of individuation a study in three different social groups», in *Journal of the American Academy of Child Psychiatry,* vol 9, n° 2.

Gaddini, R. (1975) «The concept of transitional object», in *Journal of the American Academy of Child Psychiatry,* vol 14, n° 4, London, Hogarth Press, 1950.

Green, A. (1973) *Le Discours vivant,* Pans, PUF.

Green, A. (1980) *Narcissisme de vie narcissisme de mort,* Pans, Éditions de Minuit.

Kernberg, O. (1975) *Borderline Conditions and Pathological Narcissism,* New York, Jason Aronson.

KERNBERG, O. (1976) *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis,* New York, Jason Aronson.
KERNBERG, O. (1984) *Severe Personality Disorders,* New Haven, Yale University Press.
KLEIN, M. (1935) «A contribution to the psychogenesis of manic-depressivestates», in *Contributions to psychoanalysis* (1921-1945), London, Hogarth, trad fr, in *Essais de psychanalyse,* Payot, 1967.
KOHUT, H. (1971) *The Analysis of the Self,* New York, International Universities Press, trad fr, *Le Soi,* PUF, 1974.
KOHUT, H. (1977) *The Restauration of the Self,* New York, International Universities Press.
KRYSTAL, H. (1977) «Aspects of affect theory», in *Bulletin of the Menninger Clinic,* 41, 1-26.
KRYSTAL, H. (1978a) «Trauma and affects», in *Psychoanalytic Study of the Child,* 36, 81-116.
KRYSTAL, H. (1978b) «Self-representation and the capacity for self-care», in *Annual of Psychoanalysis,* 9, 93-113, New York, International Universities Press.
LACAN, J. (1956) «Réponse au commentaire de J Hyppolite sur la *Vernei-nung*», in *Ecrits* (1966), 381-400.
LACAN, J. (1959) «D'une question préliminaire ŕ tout traitement possible de la psychose», in *Écrits* (1966), 531-584.
LACAN, J. (1966) *Écrits,* Pans, Seuil.
LAPLANCHE, J. et PONTAHS, J.-B. (1967) *Vocabulaire de la Psychanalyse,* Paris, PUF.
LEWIN, B. (1946) «Sleep, the mouth and the dream screen», in *The Yearbook of psychoanalysis,* 3, New York, International Universities Press, 1947, trad fr., in *Nouvelle Revue de Psychanalyse, n*° 5, 1972.
LEWIN, B. (1948) «Inferences from the dream screen», in *The Yearbook of Psychoanalysts,* 6, New York, International Universities Press, 1950.
LICHTENSTEM, H. (1961) *The Dilemma of Human Identity,* New York, Jason Aronson, 1977.
MAHLER, M., BERGMAN, A. ET PINE, F. (1975) *The psychological birth of the human infant,* New York, Basic Books.
MARTY, P. (1980) *L'ordre psychosomatique,* Pans, Payot.
MARTY, P. DE M'UZAN, M. ET DAVID, C. (1963) *L'Investigation psychosomatique,* Paris, PUF.
MARTY, P. et de M'Uzan, M. (1963) «La pensée opératoire», in *Revue française de Psychanalyse,* 27, 345-346.
MCDOUGALL, J. (1964) «Homosexuality in women», in *Female Sexuality,* éd. J. Chasseguet, Ann Arbor, University of Michigan Press, 1974.
MCDOUGALL, J. (1974) «Le psychosoma et la psychanalyse», in *Nouvelle Revue de Psychanalyse,* n° 10.
MCDOUGALL, J. (1978) *Plaidoyer pour une certaine anormahti,* Gallimard.
MCDOUGALL, J. (1982a) *Théâtres du Je,* Gallimard.

McDougall, J. (1982b) «Alexithymia a psychoanalytic viewpoint», in *Psychotherapy and Psychosomahcs,* 38, 81-90.
McDougall, J. (1982c) «Alexithymia, psychosomatisis and psychosis», in *International Journal of psychoanalysis and psychotherapy,* 9, 379-388.
McDougall, J. (1985) «Developmental aspects of affect pathology», in *Psychiatry,* vol 4, 7369-374 New York, Plenum Press.
McDougall, J. (1986) «Identifications, neoneeds and neosexuahties», in *Interrnational Journal of psychoanalysis and psychotherapy,* 67, 19, 19-31.
McDougall, J. (1987) «Identifications, néobesoins et néosexuahtés», in *Topique,* n° 39, 7-27.
McDougall, J. et Lebovici, S. (1961) *Dialogue avec Sammy,* Payot, 1984, 2e édition.
De Mijolla, A. (1981) *Les visiteurs du Moi,* Les Belles Lettres, 1986, nouv éd.
Montgrain, N. (1987) «Words and madness» Communication présentée au 35 Congres International de Psychanalyse, Montréal, juillet 1987.
Nemiah, J. (1978) «Alexithymia and psychosomatic illness», m *Journal of Continuing Education m Psychiatry* (1978), 25-37.
Nemiah, J. et Sifneos, P. (1970) «Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders», in *Modern Trends in Psychosomatic Medicine,* vol 2, London, Butterworth.
Ogden, T. (1980) «The nature of schizophrenic conflict», in *Projective identification and Psychotherapeutic Technique,* 135-171, New York, Jason Aronson, 1982.
Ogden, T. (1986) *The Matrix of the Mind aspects of object relations theory,* New York, Jason Aronson.
Osler, W. (1910) «Angina Pectons», Lancet, 2, 839.
Pascal, B. (1670) *Pensées,* 4.
Rosenman, R., Brand, R., Jenkins, C., Friedman, T., Straus, R. et Wurm, M. (1975) *Coronary Heart Disease Final follow-up experiment of eight and one half years,* 233-832.
Segal, H. (1957) «Notes on symbol formation», in *International Journal of Psychoanalysis and psychotherapy,* 38, 391-397.
Sifneos, P. (1975) «Problems of psychotherapy in patients with alexithymic characteristics and physical disease», in *Psychotherapy and Psychosomatics,* 26, 65-70.
Stern, D. (1985) *The Interpersonal World of the Infant,* New York, Basic Books, 1958.
Winnicott, D. (1951) «Transitional objects and transitional phenomena», in *Collected Papers,* 229-42, New York, Basic Books, trad fr, in *Jeu et réalité,* Gallimard.
Winnicott, D. (1965) *The Maturational Process and the Facilitating Environment,* London, Hogarth Press, trad fr, *Processus de maturation chez l'enfant,* Payot, 1970.
Winnicott, D. (1971) *Jeu et réalité l'espace potentiel,* Gallimard, (1975).

Научное издание

Серия
«Библиотека психоанализа»

Джойс Макдугалл

ТЕАТРЫ ТЕЛА

Психоаналитический подход
к лечению психосоматических расстройств

Редактор — *О. В. Шапошникова*
Корректор — *Е. Е. Мокеева*
Обложка — *П. Ефремов*
Компьютерная верстка — *А. Пожарский, Н. Новикова*

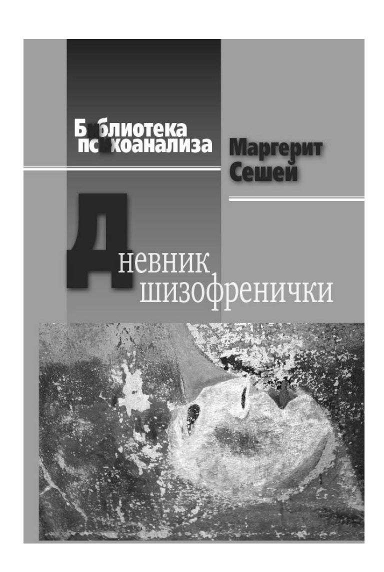
ИД № 05006 от 07.06.01

Сдано в набор 18.09.06. Подписано в печать 21.09.06.
Формат 60x90/16. Бумага офсетная № 1. Гарнитура Peterburg.
Печать офсетная. Усл.-печ.л. 13,4. Уч.-изд. л 10,2.
Тираж 1000 экз. Заказ № .

Издательство «Когито-Центр»
129366, Москва, ул. Ярославская, 13
тел./факс: (495) 682-6102
E-mail: visu@psychol.ras.ru http: // www.cogito.msk.ru

Отпечатано в полном соответствии с качеством
предоставленных диапозитивов
в ОАО «Можайский полиграфический комбинат»
143200, г. Можайск, ул. Мира, 93.

Книги издательства «Когито-Центр»
в серии «Библиотека психоанализа»



Маргерит А. Сешей

Дневник шизофренички: Самонаблюдения больной шизофренией во время психотерапевтического лечения

М.: Когито-Центр, 2013. 203 с.
ISBN 978-5-89353-389-7

Случай молодой девушки, которую врачи отнесли к больным шизофренией и которая излечилась, пройдя курс психоаналитической терапии, описан со стороны самой пациентки, ее самонаблюдений относительно того, что прячется за ее симптомами и поступками. Познакомившись с откровениями Рене, которые свидетельствуют об удивительной ясности ее сознания, не надо забывать, что они воспроизводят лишь определенные периоды заболевания, по счастью, самые интересные с психологической точки зрения.



Жан-Мишель Кинодо

Читая Фрейда:
изучение трудов Фрейда в хронологической перспективе

М.: Когито-Центр, 2012. 416 с.
ISBN 978-5-89353-352-1

В основу данной книги положен опыт проведения семинара по изучению трудов Зигмунда Фрейда, организованного Жан-Мишелем Кинодо в 1998 году в рамках подготовки специалистов в Психоаналитическом центре им. Раймона де Соссюра (Женева). Каждая глава книги посвящена отдельному произведению Фрейда, причем хронологический принцип изложения позволяет читателю представить ход мысли основателя психоанализа, а системность подачи материала формирует целостное впечатление об изучаемой работе. Помимо обсуждения самого изучаемого произведения, дается краткая информация о социально-исторических условиях его написания, излагаются соответствующие по времени факты жизни самого Фрейда, значимых для психоанализа фигур и наиболее известных пациентов, выделяются основные понятия, введенные Фрейдом в данной работе, а также прослеживается судьба этих понятий в хронологической перспективе и в трудах постфрейдистов. Отдельное место в книге уделено изложению принципов активного изучения творчества Фрейда.



Робин Андерсон (ред.)

Клинические лекции по Кляйн и Биону

М.: Когито-Центр, 2012. 192 с.
ISBN 978-5-89353-342-2

Статьи ведущих кляйнианских аналитиков, представленные в данном сборнике, знакомят читателя с тем, как развиваются сегодня идеи Мелани Кляйн и Уилфреда Биона и как эти идеи воплощаются в клинической практике. Авторы статей дают возможность «присутствовать» на аналитических сессиях и наблюдать работу с пациентами – детьми и взрослыми – с различной психопатологией. Это позволяет тем, кто изучает психоанализ и стремится к освоению и совершенствованию психоаналитической техники, обучаться мастерству проникновения в бессознательный материал и способам его интерпретации.



Рональд Бриттон, Майкл Фельдман, Эдна О'Шонесси

Эдипов комплекс сегодня:
Клинические аспекты

М.: Когито-Центр, 2012. 159 с.
ISBN 978-5-89353-339-2

В наше время идут споры о том, является ли эдипов комплекс в самом деле универсальным, занимает ли он центральное положение, следует ли его рассматривать как «комплекс, составляющий ядро развития», ведь известен клинический факт, что бывают долгие периоды в анализе, возможно, как утверждают некоторые, даже целые случаи анализа, в которых эдипального материала очень мало или нет вовсе. В книге помещена работа Мелани Кляйн (1945), а также развивающие ее идеи доклады Р. Бриттона, М. Фельдмана и Э. О'Шонесси на конференции по проблемам эдипова комплекса (1987). В сочетании с вводной статьей Ханны Сигал данный подбор текстов дает объемную картину того, как изменились взгляды психоаналитиков на эдипов комплекс.



Шарфф Дэвид Э.

Сексуальные отношения:
Секс и семья с точки зрения теории объектных отношений

М.: Когито-Центр, 2012. 304 с.
ISBN 978-5-89353-213-5

Эта книга – подробное, ясное, хорошо выстроенное введение в психодинамику любви и сексуальных отношений. В ней осуществлена интеграция идей классического психоанализа и теории объектных отношений касательно роли сексуальности в человеческих отношениях. Психосексуальное развитие индивидуума, рассмотренное от младенчества до старости, соотнесено с жизненным циклом семьи. Поведенческая методика сексуальной терапии обогащена пониманием бессознательной коммуникации и психоаналитической техникой лечения разговором.

Эта книга адресована широкому кругу специалистов: прежде всего психоаналитическим терапевтам, супружеским и семейным психотерапевтам и сексопатологам, а также психологам-консультантам, клиническим психологам и психиатрам.



Маргарет Малер, Фред Пайн, Анни Бергман

Психологическое рождение человеческого младенца: Симбиоз и индивидуация

М.: Когито-Центр, 2011. 413 с.

ISBN 978-5-89353-333-0

В книге рассмотрены вопросы психологического рождения ребенка, которое в отличие от биологического представляет собой медленно разворачивающийся интрапсихический процесс. В основе сформулированной в книге новой периодизации психического развития младенца лежат эмпирические данные, полученные авторами посредством оригинальной методологии лонгитюдного наблюдения. В центре внимания авторов – процессы нормальной сепарации–индивидуации, которые рассматриваются как две взаимодополняющие линии развития. Детально описываются субфазы сепарации–индивидуации в процессе выполнения возрастных задач, которые встают перед ребенком и его матерью по мере движения ребенка к собственной индивидуальности.



Роберт Столороу, Бернард Брандшафт, Джордж Атвуд

Клинический психоанализ: Интерсубъективный подход

М.: Когито-Центр, 2011. 256 с.

ISBN 978-5-89353-329-3

Данная книга – результат многолетней совместной работы современных американских психоаналитиков Роберта Столороу, Бернарда Брандшафта и Джорджа Атвуда, которые развили концепцию интерсубъективного поля в качестве центрального объяснительного конструкта, направляющего психоаналитическую теорию, практику и исследование; авторы применили интерсубъективный подход к широкому классу клинических явлений: переносу, сопротивлению и психическому конфликту, а также к психотерапии пограничных и психотических состояний.



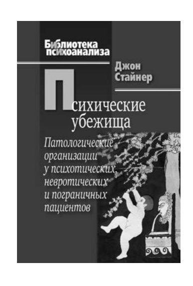
Юлия Кристева

Черное солнце:
Депрессия и меланхолия

М.: Когито-Центр, 2010. 278 с.
ISBN 978-5-89353-326-2

Юлия Кристева – французский лингвист и психоаналитик лакановской школы, профессор университета Париж-VII – описала меланхолическое состояние, порожденное нашей системой самосохранения, как некое «присутствие» во внутреннем мире депрессивных пациентов, используя образ «черного солнца». Это внутреннее присутствие на самом деле является отсутствием, «светом без изображения», «самым архаичным выражением несимволизируемой, неименуемой нарциссической раны», которая становится единственным объектом, которому принадлежит индивид, которому он покоряется и которого он нежно любит за недостатком каких-либо других.

Автор строит свои размышления на материале художественной литературы и живописи разных эпох и народов. Тонкие наблюдения автора, детальный и своеобразный анализ произведений искусства вызовут интерес широкого круга читателей.



Джон Стайнер

Психические убежища:
Патологические организации у психотических, невротических и пограничных пациентов

М.: Когито-Центр, 2010. 239 с.
ISBN 978-5-89353-325-5

«Психические убежища» – это душевные состояния, в которые пациенты прячутся, скрываясь от тревоги и психической боли. При этом жизнь пациента становится резко ограниченной и процесс лечения «застревает». Адресуя свою книгу практикующему психоаналитику и психоаналитическому психотерапевту, Джон Стайнер использует новые достижения кляйнианского психоанализа, позволяющие аналитикам осознавать проблемы лечения тяжелобольных пациентов. Автор изучает устройство психических убежищ и, применяя обстоятельный клинический материал, исследует возможности аналитика в лечении пациентов, ушедших от реальности.



Джоан Симингтон, Невилл Симингтон

Клиническое мышление Уилфреда Биона

М.: Когито-Центр, 2010. 285 с.

ISBN 978-5-89353-324-8

В книге рассматривается концепция одного из самых глубоких мыслителей в истории психоанализа – У. Биона. Через призму психоаналитической практики, а также с привлечением анализа личности и биографии Биона анализируются введенные им теоретические конструкты и созданный им фундаментальный инструмент психоаналитического исследования – Таблица. Книга призвана помочь читателю глубже понять идеи У. Биона в их структурном единстве.



Карлос Немировский

Винникотт и Кохут:
Новые перспективы в психоанализе, психотерапии и психиатрии

М.: Когито-Центр, 2010. 233 с.

ISBN 978-5-89353-323-1

Карлос Немировский исследует многочисленные расхождения в теориях приверженцев А. Фрейд–М. Кляйн, с одной стороны, и приверженцев Д. Винникотта–Х. Кохута, с другой. Основные из них следующие: 1) отношение к инстинкту смерти; 2) отношение к роли матери; 3) отношение к инстинкту самосохранения; 4) отделение первичных потребностей младенца от влечений; 5) отличие истинной самости от ложной.

Книга будет полезна специалистам по психоанализу, студентам психологических вузов и всем тем, кто интересуется вопросами развития психологической науки.



Эро Рехардт

Ключевые проблемы психоанализа: Избранные труды

М.: Когито-Центр, 2009. 331 с.

ISBN 978-5-89353-275-3

Эро Рехардт принадлежит к первому поколению финских психоаналитиков. Он внес значительный вклад в развитие психоанализа в Финляндии, в Восточной Европе и в мире в целом. Его книги переведены на многие языки и известны в ряде стран. Работы Рехардта посвящены решению важнейших вопросов теории психоанализа.



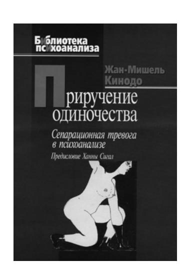
Отто Ранк

Травма рождения и ее значение для психоанализа

М.: Когито-Центр, 2009. 239 с.

ISBN 978-5-89353-286-9

В своей фундаментальной работе классик психоанализа подробно разбирает неизбежный и самый глубокий травматический опыт в жизни каждого человека – травму рождения. В ней он видит важнейший элемент психического развития, а также корень всех страхов и неврозов, и рассматривает желание вернуться во внутриутробное состояние как основополагающую силу, управляющую психической жизнью индивида. На этом основании он формулирует главную цель психотерапии – помочь пациенту заново пережить эту травму и справиться с тревогой, связанной с отделением от матери.



Жан-Мишель Кинодо

Приручение одиночества:
Сепарационная тревога в психоанализе

М.: Когито-Центр, 2008. 254 с.
ISBN 978-5-89353-238-8

В «Приручении одиночества» Жан-Мишель Кинодо представляет всесторонний подход к переживаниям одиночества как универсального явления, которое можно наблюдать и в повседневной жизни, и в любой терапевтической ситуации. Автор описывает различные формы сепарационной тревоги, подробно рассматривает основные психоаналитические подходы к случаям ее проявления, исследует некоторые технические и клинические аспекты проблем, возникающих при ее интерпретации.



Уилфред Р. Бион

Научение через опыт переживания

М.: Когито-Центр, 2008. 128 с.
ISBN 978-5-89353-257-9

Проблемы, рассматриваемые в книге, имеют фундаментальное значение для понимания процесса научения. Описывается эмоциональный опыт автора, непосредственно связанный как с теориями познания, так и с клиническим психоанализом, причем акцент делается на практическом применении. В частности, в книге рассматриваются такие вопросы, как отношение проективной идентификации к генезу мышления, роль оральных переживаний в создании модели мышления, проблемы абстрагирования (генерализации) и конкретизации (наименования) и др.